Centralblatt

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewsky (St. Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** (Heidelberg).

1902.
XXV. Jahrgang.
Neue Folge XIII. Band.

Berlin SW. 11.
Verlag von Vogel & Kreienbrink.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewsky (St. Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** (Heidelberg).

1902.
XXV. Jahrgang.
Neue Folge XIII. Band.

Berlin SW. 11.
Verlag von Vogel & Kreienbrink.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).
Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Südende-Berlin und Leipzig.

XXV. Jahrgang. | **1902 Januar.** | Neue Folge. XIII. Bd.

Zur Einführung.

Das Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, das mit dem vorliegenden Heft seinen 25. Jahrgang beginnt, hat in Redaktion und Verlag eine Änderung erfahren. Herr Dr. Hans Kurella, der dem Blatte schon seit langen Jahren ein Mitarbeiter und später sein Redakteur gewesen ist, will sich, wie er bereits mitteilte (Dezemberheft 1901), künftig nur noch als Mitarbeiter des Centralblattes bethätigen. Der Verlag ist in die Hände der Firma Vogel & Kreienbrink, Südende bei Berlin, übergegangen.

Mit diesem äusseren Wechsel soll jedoch keine Wesensänderung des Blattes verbunden werden. Die Grundsätze, denen das Centralblatt seine Entstehung verdankt, bleiben in der Hauptsache die gleichen. Unsere Fachlitteratur hat im Laufe der letzten fünfundzwanzig Jahre an Umfang bedeutend gewonnen. Eine Berichterstattung über Alles, was im In- und Ausland über Nerven- und Geisteskrankheiten geschrieben wird, ist unmöglich; sie ist auch unnötig. Denn es ist ein öffentliches Geheimnis, dass in unserer schreibseligen Zeit viel Unreifes und Wertloses zu Papier gebracht wird, dass jahraus jahrein hunderte von Artikeln, Broschüren und Büchern verfasst werden, in denen kein neuer Gedanke, keine, auch noch so kleine, neue Thatsache zu finden ist. Ein geschäftskundiges Verlegertum regt, angeblich „um einem dringenden Bedürfnis abzuhelfen", immer neue Unternehmungen an und so wird auch derjenige zum Bücherschreiben veranlasst, der nichts Neues zu sagen hat. Kleinliche Gelehrteneitelkeit, die sich in lang-

weiligen Prioritätsstreitigkeiten Luft macht, leistet immer wieder den Wünschen nach „vollständiger Berichterstattung“ über unsere Fachlitteratur Vorschub, damit dem gewissenhaften Gelehrten bei Bearbeitung einer Frage ja nichts verborgen bleibe, was jemals irgendwo in ähnlicher Sache gesagt worden ist. Wer einem solchen Gespenst der Vollständigkeit nachjagt, wird mit dem Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie nicht zufrieden sein. Wem es aber lieber ist, über Wichtiges und Neues unterrichtet, von Wertlosem aber verschont zu werden, und wer eine ernste sachliche, aber rücksichtslose Kritik gut heisst, der möge es mit unserer Zeitschrift auch weiterhin versuchen.

Die Einteilung des Stoffes ist, wie das vorliegende erste Heft des 25. Jahrgangs zeigt, die gleiche wie bisher. Der Charakter der internationalen Monatsschrift soll gewahrt bleiben. Auf gründliche und kritische Besprechung grösserer Werke wird besonderer Wert gelegt. Wissenschaftliche Fragen werden eingehender behandelt als praktische. Die Hilfswissenschaften (Anatomie, Physiologie, Psychologie) werden nur insoweit berücksichtigt, als sie für den Nerven- und Irrenarzt von Bedeutung sind. Sammelreferate sollen zur bequemen Orientierung über wichtige Spezialgebiete dienen. Vereinsberichte werden in der gleichen Form, wie bisher, gegeben werden. Kurze Originalartikel werden über neue Entdeckungen berichten oder wichtige Fragen kritisch beleuchten. Unter „Tagesgeschichte“ wird die Redaktion auf Manches aufmerksam machen, das die Beachtung der Fachgenossen verdient, auch wenn es nicht immer dem Reich der strengen Wissenschaft angehört.

Die neurologischen und psychiatrischen Schriftsteller des In- und Auslandes werden gebeten, dafür Sorge zu tragen, dass ihre Arbeiten der Redaktion des Centralblattes zugehen, damit nichts Wichtiges übersehen werde.

Heidelberg, 10. Januar 1902. Die Redaktion:

Privatdozent **Dr. Gaupp.**

I. Originalien.

Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.*)

Von Prof. Dr. **F. Nissl.**

Da schon die Meinungen der Autoren in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den sogenannten organischen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen weit auseinander gehen, so werden wir uns nicht wundern, wenn die Meinungsverschiedenheiten in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den sogenannten einfachen Seelenstörungen sehr erheblich grösser sind. Es ist aber schlechterdings unmöglich, ein klares Bild dieser so weit auseinandergehenden Anschauungen zu entwerfen, wenn man nicht von dem jeweiligen psychiatrischen Glaubensbekenntnis der einzelnen Autoren ausgeht. Man braucht nur die

*) Nach einem auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 2. November 1901 in Karlsruhe gehaltenen Vortrage bearbeitet.

einschlägigen Abschnitte in den Lehrbüchern von Schüle, Arndt, Krafft-Ebing etc. nachzulesen, um sich von der Richtigkeit dieser Behauptung zu überzeugen. Ich würde daher den Rahmen eines Vortrages weit überschreiten, wenn ich trotz aller Kürze den Ansichten jedes einzelnen Autors gerecht werden wollte. Soll ich jedoch diejenige Auffassung bezeichnen, welche heute die grösste Verbreitung gefunden hat, so ist es wohl folgende Lehre: Es giebt erstens einfache Seelenstörungen mit Hysterie; d. h. ebenso wie ein Individuum mit einem sanften Temperamente oder ein tuberkulöses Individuum melancholisch oder manisch oder verrückt zu werden vermag, so kann auch ein Individuum mit einem zornigen Temperamente oder ein hysterisches Individuum an einer Melancholie oder Manie oder am circulären Irresein oder an einer chronischen Verrücktheit erkranken. Von diesen Komplikationen sind zu unterscheiden zweitens die eigentlichen, nicht komplizierten, hysterischen Psychosen, welche als selbständige Geisteskrankheiten vorwiegend degenerativen Charakters aufgefasst werden und sich hauptsächlich aus deliranten, manischen, stuporösen, katatonischen, kataleptischen, paranoischen etc. Zustandsbildern zusammensetzen.

Wernicke nimmt einen eigenartigen Standpunkt ein. Habe ich diesen Forscher richtig verstanden, so vertritt er die Meinung, dass die Psychiatrie vor allem ein festes Fundament brauche, auf welchem wirklich dauerhafte Gebäude echter klinischer Krankheitsbilder errichtet werden können. Das feste Fundament sei aber eine rationelle Symptomatologie. Um zu einer solchen zu gelangen, lässt sich Wernicke von dem Gedanken leiten, dass nur die Störung einer gleichen Örtlichkeit dieselben Symptome mache. Zu diesem Zwecke schuf er sich eine hypothetische Lokalisation der psychischen Funktionen, welche selbstverständlich nur eine heuristische Bedeutung besitzen kann. Der Grundgedanke der Wernicke'schen Psychiatrie geht darauf hinaus, die Zustandsbilder, welche die Geisteskranken darbieten, nach der Lokalisation der jeweiligen psychischen Störung zu gruppieren; ihr Ziel ist demnach ein vorläufiges, die Schaffung einer rationellen Symptomatologie in der Psychiatrie.

Mit dem Begriff Psychose verbindet daher Wernicke nicht die Vorstellung eines klinischen Krankheitsbildes mit bestimmter Ätiologie, bestimmten Krankheitszeichen und Verlaufsweise, bestimmtem Krankheitsausgang und bestimmtem pathologisch anatomischen Befund, sondern er will damit nur sagen, dass irgend eine, verschieden intensive Rindenerkrankung vorliegt, die aber in bestimmter Weise lokalisiert ist.

A priori sollte man erwarten, dass Wernicke dem Grundgedanken seiner psychiatrischen Auffassung entsprechend die Frage der Beziehungen

zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen noch nicht für spruchreif hält und daher zu ihr überhaupt nicht Stellung nimmt. Thatsächlich aber führt er seinen prinzipiellen Standpunkt keineswegs konsequent durch: er sieht sich vielfach gezwungen, den Bedürfnissen der Praxis entgegenzukommen; d. h. er berücksichtigt neben der Örtlichkeit der Störungen auch das ätiologische Moment, das Moment des Verlaufes etc. Es ist daher klar, dass Wernicke unter solchen Umständen trotz seines eigenartigen Standpunktes in der Psychiatrie in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und einfachen Seelenstörungen keine besondere Anschauung vertritt, sondern ebenso denkt, als andere Psychiater, welche die sich ihnen darbietenden Fälle geistiger Störung in erster Linie nach symptomatologischen Gesichtspunkten beurteilen. Thatsächlich steht er in der genannten Frage auf dem Boden derjenigen Anschauung, welche heute die grösste Verbreitung gefunden hat.

Kraepelin's Auffassung endlich ist das Produkt seiner konsequenten Durchführung der klinischen Betrachtungsweise der Psychosen. Die Hysterie ist eine angeborene Krankheit; der ihr zu Grunde liegende pathologisch-anatomische Prozess bedingt einen Zustand des Nervensystems, der andauernd wirksam ist und klinisch als hysterischer Charakter zum Ausdruck gelangt. Die andauernde Wirksamkeit des Zustandes zeigt sich dadurch, dass jederzeit hysterische Symptome und hysterische Psychosen zur Auslösung gelangen können. Kraepelin erblickt das Spezifische der hysterischen Symptome und Symptomenkomplexe in dem Umstande, dass krankhafte Veränderungen des Körpers durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können.

Kraepelin leugnet a priori keineswegs die Möglichkeit, dass zwei verschiedene pathologisch-anatomische Krankheitsprozesse unabhängig neben einander bestehen können. Er nimmt aber in entschiedenster Weise gegen die Tendenz Stellung, Symptomenkomplexe, in denen ausgeprägte Krankheitszeichen zweier verschiedener Krankheitsbilder gleichzeitig zu Tage treten, ohne weiteres durch die Annahme zweier verschiedener gleichzeitig nebeneinander einhergehender Krankheitsprozesse erklären zu wollen. Auch in solchen Fällen müsse vielmehr das Bestreben dahin gehen, alle Symptomenkomplexe auf einen einzigen Prozess zurückzuführen, insbesonders aber seien nicht einzelne Krankheitszeichen, und wären sie noch so ausgeprägt, für die Diagnose ausschlaggebend, sondern die gesamte klinische Analyse (Ätiologie, Vorleben, Entwicklung, Verlauf, Symptomenkomplexe, Ausgang).

Kraepelin hat bis jetzt keinen Fall von Hysteroepilepsie, oder von hysterischer Paranoia, oder von hysterischer Melancholie, oder von hys-

terischem manisch-depressivem Irresein gesehen. Ohne weiteres sei aber zuzugeben, dass die Umgrenzung der Krankheitsbilder praktisch die grössten Schwierigkeiten bereiten kann. Namentlich gelte letzteres für die Schreckneurose und einige Formen des Entartungsirreseins. Die Frage der Beziehungen zwischen der Hysterie und einzelnen Formen des Entartungsirreseins sei noch nicht spruchreif.

Dieser Auffassung Kraepelin's hat sich bis jetzt nur Sommer angeschlossen.

Ich habe die Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Psychosen an Hand des Krankenmateriales der Heidelberger Irrenklinik von neuem geprüft. Ueber die Fragestellung konnte ein Zweifel wohl kaum bestehen. Die Antwort auf die Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen ist auf das innigste verknüpft mit der Antwort: was versteht man unter Hysterie? Denn für die objektive Forschung kann als ausschlaggebendes Kriterium der hysterischen Symptome nur der Nachweis einer bestehenden Hysterie anerkannt werden. Ist man aber darüber im Reinen, dass nur die bei den an Hysterie leidenden Individuen zu Tage tretenden Krankheitserscheinungen hysterische Symptome sind, dann erst kann man an die Beantwortung der weiteren Fragen treten. Besitzen die bei den an Hysterie leidenden Individuen zu Tage tretenden Symptome an sich etwas Spezifisches oder treten solche Symptome auch bei andern Krankheitsprozessen auf? Bedeutet der Nachweis hysterischer Symptome das Vorhandensein einer Hysterie oder doch wenigstens das Bestehen einer Komplikation von irgend einer anderen Krankheit mit Hysterie oder hat dieser Nachweis an sich gar keine Bedeutung, indem dieselben Symptome, welche an Hysterie leidende Individuen darbieten, auch bei den verschiedensten andern Krankheiten auftreten können, die nicht das Geringste mit der Hysterie gemeinsam haben?

Wenn ich daher die Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen von neuem prüfen wollte, so musste ich notwendig darüber im Klaren sein, was ich unter Hysterie zu verstehen habe. Vor allem war die Frage zu entscheiden, ob ich die Hysterie nach den Grundsätzen der symptomatologischen oder klinischen Betrachtungsweise auffassen sollte. In dieser Beziehung war mir Wernicke's Standpunkt besonders lehrreich. Obwohl dieser Forscher einen ganz eigenartigen Forschungsweg einschlägt und in der Beurteilung anscheinend geläufiger Symptomenkomplexe zu einer Auffassung gelangt, die sich toto coelo von der Schulmeinung unterscheidet, gelangt er in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen doch im Grunde genommen zu der all-

gemein verbreiteten Auffassung, die aber deshalb nicht befriedigt, weil die Meinungen der Autoren nicht nur hinsichtlich der eigentlichen selbständigen hysterischen Psychosen, sondern auch jener Seelenstörungen weit auseinandergehen, welche als Komplikationen von Hysterie und einfachen Seelenstörungen gedeutet werden. Noch lehrreicher war mir der Vergleich desselben Krankenmateriales, das einmal nach symptomatologischen, das andere Mal nach klinischen Grundsätzen beurteilt wurde. Ich konnte zeigen, dass bei den vor 1890 in die Heidelberger Klinik aufgenommenen weiblichen Kranken sich annähernd ebenso viel Fälle fanden, welche überhaupt hysterische Symptome darboten, wie bei den nach 1890 aufgenommenen weiblichen Kranken. Die symptomatologische Beurteilung des Materiales vor 1890 aber führte zwar zu der gleichen Auffassung, welche ich als die heute am meisten verbreitete bezeichnet habe; allein man braucht nur einige Diagnosen aus diesem Materiale herauszugreifen, z. B. Melancholie-Hysterie, Manie-Hysterie, Hystero-Hypochondrie etc., und dieselben den verschiedenen ebenso symptomatologisch denkenden Psychiatern vorzulegen und sie zu fragen, welche Fälle sie sich darunter vorstellen, um sich zu vergewissern, dass auf dieser Grundlage eine gegenseitige Verständigung ausgeschlossen ist. Die klinische Verarbeitungsweise desselben Materiales nach 1890 dagegen führte zu einer prinzipiell anderen Gesamtauffassung in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Psychosen, die sich vor allem dadurch von der bisherigen Schulmeinung unterscheidet, dass sie dem Untersuchenden weitere Hilfsmittel an die Hand giebt, mit deren Unterstützung er zu einer genaureren und sichreren Definition der hysterischen Symptome gelangt. Ich berufe mich auf eine Reihe von in der Litteratur aufgezählten Fällen, bei denen auch der symptomatologisch denkende Beobachter, will er nicht den Thatsachen Gewalt anthun, in die Lage kommt, sich die Frage vorzulegen, ob wirklich der Nachweis von sogenannten hysterischen Stigmaten die Diagnose einer hysterischen Konstitution sichert. Obschon die Krankheitsfälle der Heidelberger Irrenklinik vor 1890 nach symptomatologischen Gesichtspunkten beurteilt wurden, so hat doch ein Assistent Fürstner's*) an Hand eines aus diesem Materiale stammenden Falles von Hirntumor mit hysteriformen Krämpfen ausgeführt, „dass hysterische Krämpfe nicht immer beweisend für das Vorhandensein der funktionellen Neurose Hysterie sind, sondern als Symptom bei anatomischen Erkrankungen des Zentralnervensystems auftreten können.“ Allerdings sind mir keine Fälle

*) Schönthal: „Zur Symptomatologie der Gehirntumoren.“ Vortrag auf der XV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte 1890. Berliner klinische Wochenschrift 1891. Nr. 10.

aus dem Gebiet der sogenannten einfachen Seelenstörungen bekannt, bei denen man zu den gleichen Schlüssen gekommen ist. Allein da man mir wiederholt schon versichert hat, dass man ganz allgemein mit dem Begriff der funktionellen Störung nicht die Vorstellung von Krankheiten verknüpft, die sich von den sogenannten organischen Störungen prinzipiell unterscheiden, sondern die Vorstellung derselben Art von Störungen, bei denen man nur bis jetzt noch nicht im Stande gewesen ist, in den entsprechenden Organen anatomische Veränderungen regelmässig nachzuweisen, so werden dieselben Bedenken auch bei den sogenannten funktionellen Krankheiten bestehen; ja, wenn man überlegt, dass die Komplikationen der Hysterie mit sogenannten Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten gegenüber den Komplikationen der Hysterie mit einfachen Seelenstörungen relativ selten beobachtet werden, so wird man ohne weiteres zugeben müssen, dass hier Bedenken, wie sie in dem Falle von Hirntumor mit hysteriformen Krämpfen geäussert wurden, in noch viel höherem Grade und ganz besonders berechtigt sind.

Es beweist also die bisherige Erfahrung zur Evidenz, dass die symptomatologische Betrachtungsweise in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen nicht nur notwendig zu derselben Auffassung führt, welche heute die meisten Anhänger zählt, sondern auch keine gegenseitige Verständigung ermöglicht, da bei dieser Betrachtungsweise nur die Symptome den Ausschlag geben und entscheiden. Merkwürdigerweise pflegt man Kraepelin dafür verantwortlich zu machen, dass er eine heillose Verwirrung in die Psychiatrie gebracht und eine gegenseitige Verständigung unmöglich gemacht hat. Nichts aber ist leichter zu beweisen, als die Unrichtigkeit dieses Vorwurfes und der Umstand, dass nicht Kraepelin, sondern die symptomatologische Betrachtungsweise zu den verschiedenen Anschauungen geführt hat. Man braucht sich lediglich die Frage vorzulegen, ob die Situation klarer sein würde, wenn Kraepelin's Lehrbuch nicht existierte. Vergegenwärtige man sich doch nur die Situation, wenn ich von den hysterischen Symptomen bei der Verrücktheit sprechen würde! Noch drastischer wird dieselbe, wenn ich, ohne in extenso die Krankheitsgeschichten dieser Fälle vorzulegen, meine Erfahrungen über hysterische Symptome bei akuter hallucinatorischer Paranoia darlegen würde. Um einzusehen, dass hier weitgehende Meinungsverschiedenheiten vorliegen, an denen Kraepelin wahrhaftig unschuldig ist, braucht man sich nur einmal recht klar zu machen, welche Krankheitsfälle sich wohl Schüle und Wernicke unter der Paranoia hallucinatoria acuta Ziehen's vorstellen.

Es herrschen aber nicht nur hinsichtlich der Auffassung der sogenannten einfachen Seelenstörungen die weitgehendsten Meinungs-

differenzen; nicht minder gehen die Meinungen auch über die hysterischen Seelenstörungen auseinander. Niemand kann die Thatsache in Abrede stellen, dass der auf dem Boden der symptomatologischen Betrachtungsweise stehende Psychiater nicht über so feine Unterscheidungshilfsmittel verfügt, um mit Sicherheit hysterische Symptome, welche wirklich der Ausdruck der bei einem Individuum vorhandenen hysterischen Neurose sind, von hysteriformen Erscheinungen zu trennen, welche nicht das geringste mit der Neurose Hysterie zu thun haben, sondern Zeichen der verschiedensten Psychosen sein können. Die Litteratur enthält genügend Angaben über das Auftreten von „hysterischen" Symptomen bei einfachen Seelenstörungen. Da aber der Symptomatologe keine Kriterien zur Unterscheidung der hysterischen und der nicht hysterischen, aber hysteriformen, Krankheitszeichen besitzt, so bleibt ihm nichts übrig, als die einschlägigen Fälle teils als selbständige hysterische Erkrankungen, teils als Komplikationen von einfachen Seelenstörungen mit Hysterie aufzufassen.

Vielfach pflegen die Symptomatologen die ihnen mangelnden Kriterien für die Beurteilung und Auseinanderhaltung der hysterischen und hysteriformen Krankheitszeichen dadurch zu ersetzen, dass sie die sich ihnen darbietenden Zustandsbilder psychologisch erklären und analysieren und an Hand derartiger psychologischer Überlegungen bestimmte Unterscheidungsmerkmale zu gewinnen suchen.

Merkwürdiger Weise hat noch kein Psychiater gegen diese Tendenz Stellung genommen, obwohl es nicht schwierig ist, den fundamentalen Irrtum aufzudecken, der solchen Bestrebungen zu Grunde liegt. Ebenso einfache wie geläufige Beispiele derartiger Erklärungsversuche sind die Erklärung des Zusammenhangs von Grössen- und Verfolgungswahnideen, die Entstehung gewisser Wahnideen aus Hallucinationen, die Zurückführung merkwürdiger Handlungen auf Wahnideen, die Zurückführung der Verworrenheit „auf hallucinatorische Impulse von fortwährendem Wechsel, welche immer neue Angriffspunkte für gleichsam kurze und disparate Schlussreihen geben" u. s. w. Ein ebenso einleuchtendes wie einfaches Beispiel dafür, dass die Ergebnisse derartiger psychologischer Erklärungen als Unterscheidungsmerkmale für Symptome und Symptomenkomplexe verwertet werden, sind depressive Affektzustände mit Wahnideen und die Unterscheidung dieser Zustände in solche, bei denen die Affekte das Primäre, die Wahnideen aber sekundär aus den Affekten entstanden sein sollen, und andererseits in Symptomenkomplexen, bei denen die Wahnideen als Ursache des depressiven Affektes angesehen werden. Diese Andeutungen genügen, um zu charakterisieren, was ich unter psychologischen Erklärungsversuchen verstehe. Selbstverständlich gehören

auch jene Bestrebungen hierher, bei denen die Symptome nicht bloss psychologisch erklärt, sondern bei denen zur Erklärung auch die Anatomie des Gehirns u. s. w. herangezogen wird. Wir haben bereits die Erklärung für einen Verworrenheitszustand gehört; für einen andern Verworrenheitszustand soll die physiologische Psychologie die Erklärung geben, dass nämlich „auch die Hemmung, welche innerhalb des gesteigerten Irradiationsvorganges die Associationsleistung trifft, zur Verworrenheit führen kann".

Ich habe absichtlich keine Beispiele aus dem Gebiete der Hysterie gewählt, obschon vielleicht auf keinem Psychosengebiete so zahlreiche psychologische Erklärungsversuche vorliegen wie gerade bei der Hysterie. Hier sind aber diese Versuche meist sehr kompliziert und ich hätte deshalb viel zu weit ausholen müssen, um mich einigermassen verständlich zu machen. Die Thatsache, dass man die psychischen Symptome und die Komplexe von solchen psychologisch und physiologisch-psychologisch zu erklären bestrebt ist, brauche ich doch wahrhaftig nicht erst zu beweisen. Mir kommt es nicht darauf an, auf diese Thatsache aufmerksam zu machen; ich lege vielmehr den Nachdruck auf den Umstand, dass der symptomatologisch denkende Forscher die Ergebnisse solcher Erklärungen praktisch benutzt, dass er auf Grund der psychologischen Erklärungen Kriterien für die Beurteilung von Symptomen und Symptomenkomplexen zu gewinnen sucht, und auf diesem Wege zur Kenntnis von Unterscheidungsmerkmalen zwischen wesensungleichen, aber äusserlich identisch erscheinenden Krankheitszeichen zu gelangen glaubt. Um gerade dieses Moment zu beleuchten und klar hervortreten zu lassen, schienen mir die genannten einfachen und jedermann geläufigen Beispiele besser geeignet zu sein, als die entsprechenden viel komplizierteren psychologischen Erklärungsversuche aus der Litteratur der Hysterie. Ist man einmal darauf aufmerksam gemacht, so fällt es nicht mehr schwer, sich in dieser Angelegenheit zu orientieren.

Man verstehe mich nicht falsch. Ich verwerfe die psychologischen Erklärungsversuche psychischer Krankheitszeichen keineswegs absolut. Ihre wissenschaftliche Berechtigung ist aber äusserst beschränkt. Werden sie da angewendet, wo die Wissenschaft die Aufstellung von Hypothesen gut heisst, das heisst: bedient man sich ihrer zielbewusst zur Gewinnung neuer Fragestellungen und neuer Gesichtspunkte, so lässt sich vernünftiger Weise nichts gegen sie einwenden.

Thatsächlich aber werden sie nicht in dieser engen Begrenzung angewendet, sondern man geht vielfach soweit, den psychologischen Erklärungsversuch direkt als Untersuchungshilfsmittel der

symptomatologischen Forschungsrichtung zu benutzen. Gegen diesen Missbrauch mache ich auf das energischste Front. Es kann kaum einen grösseren Irrtum geben, als die Meinung, dem Verständnis der psychischen Symptome dadurch näher zu treten, dass man dieselben psychologisch zu erklären versucht. Nicht dadurch gelangen wir zu einem besseren Verständnis der psychischen Symptome, dass wir den psychologischen Zusammenhang derselben herzustellen versuchen, sondern dadurch, dass wir nach den Prinzipien der klinischen Betrachtungsweise klinische Krankheitsbilder zu umgrenzen versuchen und im Rahmen klinisch zusammengehöriger Krankheitsfälle die sich bei ihnen darbietenden Abweichungen von der Norm in möglichster Vollständigkeit konstatieren und mit allen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln der Forschung differenzieren. Die Frage, ob Hallucinationen Wahnideen hervorgerufen haben, oder ob Wahnideen zu Hallucinationen führen, überhaupt der gegenseitige psychologische Zusammenhang der Krankheitszeichen, den wir feststellen, kann uns auch nicht einen einzigen Schritt vorwärts bringen; derartige Erklärungsversuche sind im Gegenteil dem Fortschritte hinderlich, denn sie ziehen Vorurteile gross und lenken den Forscher von seiner eigentlichen Aufgabe ab. Es ist selbstverständlich, dass wir den lebhaften Wunsch haben, die Krankheitszeichen der Katatomie oder Hysterie oder des manisch-depressiven Irreseins und anderer Psychosen psychologisch verstehen zu lernen. Allein deswegen dürfen wir uns doch nicht der Wahrheit verschliessen, dass der bisher eingeschlagene Weg, zu einem psychologischen Verständnis der psychischen Krankheitszeichen zu gelangen, auf einem fundamentalen Irrtum beruht. Lassen wir doch einmal alle derartigen Versuche an unserem geistigen Auge vorüberziehen und geben dann eine ehrliche und offene Antwort auf die Frage, welche psychologischen Erwägungen zu einer richtigen Erklärung der psychischen Zustandsbilder geführt haben. Wenn man unter einer wirklichen psychologischen Erklärung psychischer Symptome die Feststellung der Beziehungen zwischen der Ursache der psychischen Krankheitszeichen und ihrer Wirkung versteht, so kann auch nicht von einem einzigen der bisherigen Erklärungsversuche behauptet werden, dass er zu einer wirklichen Erklärung der psychischen Symptome geführt hat.

Gehen wir vielmehr der Sache auf den Grund, so sind alle derartigen Versuche nichts weiter als die Darlegungen derjenigen Reflexionen, die wir uns über unseren eigenen Zustand machen, nachdem wir uns möglichst in den Zustand des Kranken hineinversetzt haben, den wir psychologisch zu erklären beabsichtigten. Und wenn Ziehen „die

psychopathologischen Erscheinungen im Sinne der Associationspsychologie darzustellen und zu erklären" verspricht, oder wenn Schüle die Krankheitsbilder auf Grund der heutigen psychologischen Anschauungen dem Verständnis näher zu rücken sich bemüht, oder wenn sich Wernicke bei der Erklärung von psychischen Symptomenkomplexen an sein hypothetisches Lokalisationsschema klammert, so erklären diese Forscher ebenso wenig die psychopathologischen Erscheinungen wie andere; denn ihre sogenannte Erklärung ist keine Darlegung der Beziehungen von Ursache und Wirkung, sondern auch ihre Erklärungen bestehen einfach darin, dass sie sich Vorstellungen über ihren eigenen Zustand machen, der vorhanden sein würde, wenn Ziehen oder Schüle oder Wernicke selbst den Zustand des Kranken hätten, dessen Erscheinungen sie zu erklären wähnen. Der ganze Unterschied zwischen dem Erklärungsversuch Ziehen's, Schüle's und Wernicke's besteht lediglich darin, dass sich Ziehen das Zustandekommen seiner eigenen psychischen Vorgänge nach seinem bekannten Schema E, V_1, V_2, V_3, V_4, ... V_{bew}, B vorstellt, während sich Schüle bei der Schilderung seines eigenen Zustandes der Begriffe Empfindung, Wille, Vorstellung u. s. w. bedient und Wernicke bei der Beschreibung seines eigenen Zustandes sich gleichzeitig vorstellt, dass sein eigenes Bewusstsein der Körperlichkeit oder der Aussenwelt u. s. w. in scharf umrissener Weise anatomisch lokalisiert ist.

Dass dem so ist und naturnotwendig so sein muss, ergiebt sich aus der unanfechtbaren Thatsache, dass es für das Zustandekommen der höchsten psychischen Funktionen und natürlich ebenso der psychopathologischen Phänomene überhaupt keine andere Erkenntnisquelle giebt, als das eigene Bewusstsein. Diese Erkenntnis aber enthält den unwiderleglichen Beweis, dass unsere psychologischen Erklärungsversuche auf einem fundamentalen Irrtum beruhen müssen. Da unsere Erklärung keine Darlegung der Beziehungen von Ursache und Wirkung ist, sondern nur in einer Reflexion über unseren eigenen Zustand besteht, nachdem wir uns nach Möglichkeit in den Zustand des Kranken hineingelebt haben, oder anders ausgedrückt, da unsere sogenannte psychologische Erklärung lediglich Vorstellungen sind, die wir uns über unseren eigenen Zustand bilden, den wir haben würden, wenn nicht der Kranke, dessen Zustand wir erklären wollen, sondern wir selbst genau die gleichen Hallucinationen und Wahnideen hätten, wenn wir genau ebenso negativistisch und stuporös wären u. s. w., so liegt unsere stillschweigend gemachte Voraussetzung klar auf der Hand, dass der psychische Mechanismus bei der Hysterie, dem manisch-depressiven Irresein, der Katatonie u. s. w. derselbe ist, wie unser eigener, d. h. dass der psychische Mecha-

nismus bei psychischen Krankheiten und innerhalb der Breite des normalen Gehirnlebens vollkommen identisch funktioniert.

Die Entstehung eines derartigen fundamentalen Irrtums kann ich sehr wohl begreifen. Obschon der Paralytiker anscheinend die gleichen Bilder darbieten kann, wie wir sie bei der Hysterie, dem manisch-depressiven Irresein, oder bei der Verrücktheit u. s. w. beobachten, und obschon alle Erscheinungen auch beim Paralytiker unter Umständen ohne Spuren zu hinterlassen, verschwinden können, ist mir nichts von psychologischen Erklärungsversuchen bekannt; hier nimmt man das, worüber man sich bei andern Krankheiten den Kopf zerbricht, als etwas selbstverständliches, notwendiges hin, das in der Natur des paralytischen Prozesses begründet ist, während man bei der Hysterie, bei der Melancholie und Manie u. s. w. glaubt, den Prozess psychologisch erfassen und verstehen zu sollen. Die Erklärung liegt auf der Hand. Dort hat man es mit den Äusserungen eines groben anatomischen Vorganges zu thun; hier jedoch vollzieht sich der krankhafte Vorgang nicht auf der Grundlage eines anatomisch veränderten, sondern eines anatomisch intakten, nur funktionell gestörten Organs. Nun begreift man sehr wohl den Psychiater, nach dessen Vorstellung sich z. B. eine Melancholie auf demselben Boden entwickelt, wie z. B. seine eigenen, in der Breite des Physiologischen liegenden traurigen Affekte; d. h. der psychische Mechanismus ist hier wie dort der gleiche; es ist der psychische Mechanismus des anatomisch nicht veränderten Gehirns.

Allerdings wurde ich wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass meine Vorstellungen über den Gebrauch des Begriffes funktionell' und organisch irrtümlich seien. Man behauptete, dass es keinem Psychiater eingefallen sei, sich unter einer funktionellen Krankheit eine Störung zu denken, bei der das Gehirn keine anatomischen Veränderungen darbietet, sondern man habe nur sagen wollen und bezeichne damit noch immer Störungen, bei denen man mit den bisherigen Hilfsmitteln noch nicht anatomische Veränderungen hat feststellen können. Habe ich mich hier wirklich geirrt, dann allerdings ist es mir unfassbar, dass ein solch' fundamentaler Irrtum, wie die Annahme, dass der psychische Mechanismus durch die Geisteskrankheiten nicht verändert wird und identisch ist mit dem psychischen Mechanismus des geistig normalen Menschen, entstehen und Wurzel fassen konnte.

Sei dem, wie es will, so viel steht auf alle Fälle fest, dass die Ergebnisse psychologischer Erklärungen von psycho-pathologischen Phänomenen nie und nimmer als Kriterien für die Beurteilung und Auseinanderhaltung der hysterischen und hysteriformen, aber nicht hysterischen Krankheitszeichen benutzt werden dürfen.

Aus diesen Überlegungen aber ergiebt sich von selbst die Wahl des Weges, welchen ich bei einer Nachprüfung der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen an Hand des Heidelberger Krankenmaterials einzuschlagen hatte, wenn ich zu neuen Gesichtspunkten gelangen wollte. Die klinische Betrachtungsweise vermag an sich die hysterischen Symptome ebensowenig von den hysteriformen Symptomen zu unterscheiden, wie die symptomatologische Betrachtungsweise, allein sie besitzt dadurch, dass sie gleichzeitig mit den Symptomen auch die Ätiologie, den Krankheitsverlauf und den Krankheitsausgang berücksichtigt, eine Reihe objektiver Unterscheidungsmerkmale, welche ihr in den meisten Fällen erlauben, die hysterischen Symptome von den hysteriformen Krankheitszeichen bestimmt zu trennen.

Leider war es mir bis jetzt nicht möglich, das gesamte Material der Klinik im einzelnen durchzuarbeiten. Bis jetzt habe ich nur sämtliche weibliche Krankheitsfälle und etwa ein Drittel des männlichen Krankenmaterials mit der im Hinblick auf die Fragestellung notwendigen Genauigkeit studiert.

Da die Bearbeitung der sämtlichen weiblichen Krankheitsfälle zu sicheren Ergebnissen geführt und auch die Durchsicht der bisher studierten männlichen Krankheitsfälle diese Ergebnisse vollauf bestätigt hat, halte ich mich schon heute für berechtigt, die Resultate meiner Untersuchungen der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu unterbreiten. Allerdings vermag ich im Rahmen eines Vortrags nicht das in dieser Frage einzig und allein entscheidende und den Ausschlag gebende Thatsachenmaterial, das in den Krankheitsgeschichten enthalten ist, mitzuteilen. Bin ich auch völlig davon durchdrungen, dass man sich über die Richtigkeit meiner Ergebnisse nur auf Grund einer genauen Kenntnis des Thatsachenmaterials ein eigenes Urteil zu bilden vermag, so glaube ich doch, dass auch die blossen Untersuchungsergebnisse der Mitteilung wert sein dürften. Vermögen dieselben auch Niemanden direkt zu überzeugen, so können sie doch nach verschiedenen Richtungen hin anregend wirken. Vor allem zwingen sie zum Nachdenken über die prinzipielle Auffassung der geistigen Erkrankungen überhaupt. Damit würde aber der Zweck dieses Vortrages erreicht sein. Ich behalte mir vor, meine Untersuchungen in extenso und mit der ausführlichen Wiedergabe der einschlägigen Krankheitsgeschichten zu veröffentlichen, sobald ich sämtliche Krankheitsfälle im einzelnen durchgearbeitet habe.

Wenn ich auch bei einer Reihe von Fällen nicht zu einem klaren Urteil gelangt bin, so ist doch die Gesamtzahl derjenigen Fälle, die unserem heutigen klinischen Verständnis vollkommen zugänglich sind, so gross,

dass eine bestimmte und wohl zu begründende Antwort auf die gestellte Frage ermöglicht wurde. Das Ergebnis meiner Untersuchungen lässt sich dahin zusammenfassen, dass hysterische Psychosen eine sehr seltene Krankheit sind; nach dem Heidelberger Material erkranken nur 1,5 % aller Frauen an hysterischen Psychosen; dagegen sind die sogenannten hysterischen Symptome bei den sogenannten einfachen Seelenstörungen eine relativ häufige Erscheinung; das Heidelberger Material beweist, dass 11,4 % aller Frauen an sogenannten einfachen Seelenstörungen leiden, in deren Verlauf und vor deren Ausbruch hysterische Symptome und zwar auch Zeichen der sogenannten Grande Hysterie festgestellt werden konnten. Selbstverständlich sind das keine Symptome der Hysterie, sondern Symptome der sogenannten einfachen Seelenstörungen, die auf den ersten Blick den hysterischen Symptomen zum Verwechseln ähnlich sehen. Soviel kann ich schon heute sagen, dass die Zahl der hysterischen Psychosen bei dem männlichen Material bedeutend kleiner ist als bei den Frauen; die Zahl aller an sogenannten einfachen Seelenstörungen leidenden Männer dagegen, welche hysterische Symptome vor Beginn oder im Verlaufe der Krankheit darboten, scheint nur sehr wenig kleiner zu sein.

Unter den an sogenannten einfachen Seelenstörungen leidenden Frauen, welche vor Ausbruch der Erkrankung oder im Verlauf derselben sogenannte hysterische Symptome darboten, sind die meisten katatonische resp. hebephrenische Kranke. Bei den Männern scheint diese Thatsache noch klarer zu Tage zu treten. Insbesondere sind die bis jetzt beobachteten Symptome, welche äusserlich den Erscheinungen der Grande Hysterie gleichen, vorzugsweise bei katatonischen Kranken beobachtet worden. Gerade die klassischen Beispiele für die frappante Ähnlichkeit zwischen hysterischen Symptomen und hysterieähnlichen Krankheitserscheinungen bei einfachen Seelenstörungen findet man bei der Katatonie. In dieser Beziehung bietet die Litteratur eine ausgiebige Quelle. Um nur ein einziges recht markantes Beispiel aus dem ungemein reichhaltigen Thatsachenmaterial herauszugreifen, weise ich auf die von Ganser und neuerdings von Raecke beschriebenen Fälle eines eigenartigen hysterischen Dämmerzustandes hin, auf Fälle, die übrigens auch Wernicke als zur Hysterie gehörig auffasst. Speziell sei auf das interessante Krankheitszeichen aufmerksam gemacht, das Ganser zuerst als ein besonderes Symptom beschrieben hat und darin besteht, dass die Kranken die ihnen vorgelegten Fragen aller einfachster Art nicht richtig beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgeben, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich erfasst haben, und dass sie in ihren Antworten eine

geradezu verblüffende Unkenntnis resp. Ausfall von Kenntnissen verraten, die sie ganz bestimmt besassen oder noch besitzen. Die Fälle Ganser's, wie auch die Raecke's, sind auch noch deshalb so ganz besonders lehrreich, weil wir aus ihnen ersehen können, dass das eigenartige Symptom des Vorbeiredens von Ganser, das, beiläufig bemerkt, auch eine hervorragende forensische Bedeutung besitzt, nur deshalb als ein hysterisches Symptom aufgefasst wurde, weil diese Kranken „stark ausgesprochene hysterische Stigmata" dargeboten hatten; als solche werden bemerkt: eine „weit ausgedehnte Analgesie", oder eine „weit über den ganzen Körper und über die Zunge nachweisbare Analgesie", oder „analgetische neben stark überempfindlichen Stellen, die schon bei Berührung mit der Nadel Schmerzempfindungen vermittelten". Auch weist Ganser auf den raschen und unvermittelten Wechsel der Krankheitserscheinungen hin. Dieses Beispiel wurde aus der Unmenge von Thatsachen herausgegriffen, weil es ein unwiderleglicher Beweis dafür ist, dass bei der heute allgemein verbreiteten Auffassung schon der Nachweis hysterischer Stigmata ausreicht, das Bestehen einer hysterischen Anlage und unter Umständen das Vorhandensein einer selbständigen hysterischen Psychose für erwiesen zu betrachten.

Ich muss mich hier begnügen, darauf hinzuweisen, dass sich unter meinem Materiale eine Reihe von gut beobachteten Krankheitsfällen finden, welche in geradezu klassischer Weise das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens darbieten, ohne dass bei denselben jemals hysterische Krankheitserscheinungen oder Zeichen eines hysterischen Charakters hervorgetreten sind. Es soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden, dass das Ganser'sche Symptom nicht auch bei wirklich hysterischen Kranken beobachtet werden kann. Ich bin sogar in der glücklichen Lage, dieses Symptom bei einem zweifellos hysterischen Kranken zu demonstrieren, der aus der Untersuchungshaft in die Klinik eingewiesen wurde. Jedenfalls aber führte die klinische Analyse zu dem bestimmten Ergebnis, dass das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens in erster Linie eine eigenartige Aeusserung des katatonischen Negativismus darstellt. Ganz besonders häufig scheint es bei jenen Fällen von Katatonie des reiferen Lebensalters aufzutreten, die vollständig den akuten und subakuten Fällen typischer Katatonie zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre entsprechen. Ich halte diesen Umstand deswegen für bedeutungsvoll, weil die bis jetzt von Kraepelin zur Katatonie gerechneten Fälle des reiferen Lebensalters, bei denen die Bildung ausgeprägter Wahnideen vorherrscht, vielfach noch recht unklar sind und daher zu allerlei Missverständnissen Anlass geben könnten. Mit diagnostisch unklaren Fällen kann man aber nicht eine Frage wie die vorliegende beantworten.

Raecke, der in zwei Aufsätzen dem Ganser'schen Symptome besondere Beachtung geschenkt hat, erwähnt z. B. unter seinen Fällen des Ganser'schen Dämmerzustandes eine Kranke, von der er angiebt, dass sie in unsere Klinik überführt wurde. Ich kenne also diesen Fall aus eigener Anschauung; es soll absolut nicht die Möglichkeit in Abrede gestellt werden, dass diese Kranke an Hysterie leidet; allein wer den Fall aufmerksam prüft, wird die Berechtigung meiner differential diagnostischen Bedenken quoad Hysterie und Katatonie zugeben; auch Raecke hat an die Möglichkeit einer Katatonie gedacht; unter solchen Umständen hielt ich es für richtig, diesen Fall als unklaren Fall zu behandeln, d. h. ihn nicht zur Entscheidung der gestellten Frage zu benutzen. Uebrigens sind die von Raecke mitgeteilten Fälle ganz besonders geeignet, das Ergebnis meiner klinischen Untersuchung zu stützen, dass das Ganser'sche Symptom in erster Linie eine eigenartige Aeusserung des katatonischen Negativismus ist. So betont Raecke bei der Mehrzahl seiner Fälle, die nach meiner Meinung zweiffellos zur Katatonie gehören, mit Nachdruck den bei diesen Kranken vorhandenen Negativismus. Ich wüsste überhaupt nicht, welche Erkennungszeichen der Katatonie letzteren fehlen. Meist zeigen dieselben deutlich abgesetzte Phasen des katatonischen Stupors und der katatonischen Erregung. Nach Raecke's klarer Schilderung wird ersterer beherrscht durch die Phänomene des Negativismus; in echt katatonischer Weise wird der Stupor manchmal durch impulsive Handlungen unterbrochen; übrigens ist es nicht korrekt, von dem katatonischen Stupor zu reden; denn es giebt verschiedene Formen derselben. Wenn daher Raecke speziell auf die Symptomatologie des hysterischen Stupors aufmerksam macht und den Umstand betont, dass die Gliedmassen angehoben in der Regel schlaff herabfallen, dass ferner eine eigentliche Flexibilitas cerea sich nicht findet, dass sie aber zuweilen durch einen gewissen Spasmus in der Muskulatur vorgetäuscht wird, welcher bei passiven Bewegungen auftritt (federnder Widerstand z. B. beim passiven Beugen des Kopfes), so vermag ich ihn leicht zu überzeugen, dass gerade diese Form des Stupors ungemein häufig bei katatonischen Kranken getroffen wird, bei denen auch er nicht auf den Gedanken kommt, dass bei ihnen eine Hysterie vorliegt, — vorausgesetzt freilich, dass Raecke sich nicht auf den Standpunkt stellt, speziell in diesem Stupor ein pathognomonisches Symptom der Hysterie zu erblicken. Ausserdem finden wir bei seinen Fällen Stereotypieen, die ausgesprochensten katatonischen Tics, kataleptische Erscheinungen, u. s. w. Dabei betont er das apathische, gleichgültige Verhalten bei guter Auffassungs- und Merkfähigkeit, schildert zutreffend die katatonische Färbung verschiedener Erregungszustände u. s. w. Am meisten wundert mich die

Thatsache, dass Raecke mit keiner Silbe differential diagnostische Bedenken äussert. Bei einem Falle denkt er wohl an die Möglichkeit einer epileptischen Störung und bei dem von mir bezeichneten unklaren Falle meint er, dass sich das Verhalten der Kranken B. wohl als katatonischer Symptomenkomplex hätte bezeichnen lassen. Allerdings weist er wiederholt darauf hin, dass man hier und dort an eine schwere organische Psychose denken könnte und ausserdem finden wir häufig ähnliche Wendungen wie „dieser Fall machte zunächst den Eindruck einer schweren Psychose". Meint Raecke damit vielleicht die Katatonie? Indes werden wirkliche, ernste differential diagnostische Bedenken in keinem Falle geäussert. Ich würde mich nicht weiter mit den Mitteilungen Raecke's hier beschäftigt haben, wenn derselbe nicht den katatonischen Symptomenkomplex kennen würde; an sich unterscheidet sich seine Auffassung der hysterischen Seelenstörungen absolut nicht von der zahlreicher anderer Autoren, die ebenso symptomatologisch denken wie er. Der Umstand aber, dass er den katatonischen Symptomenkomplex anerkannt und trotzdem klare Fälle von Katatonie als Hysterie diagnosticiert, verleiht seinen Mitteilungen ein ganz besonderes Interesse.

Zunächst werden wir uns die Frage vorzulegen haben, welches sind die Kriterien Raecke's, auf Grund deren er die von ihm beschriebenen Fälle zur Hysterie rechnet. Zunächst giebt uns derselbe auf diese Frage die negative Antwort, dass er unter Hysterie nicht eine angeborene Störung versteht und dass er nicht verlangt, dass sich auf dem Boden der Hysterie ein eigenartiger Zustand entwickelt, der klinisch als sogenannter hysterischer Charakter zu Tage tritt und sich andauernd wirksam zeigt. Zweitens legt Raecke nicht den geringsten Wert auf den Umstand, dass hysterische Psychosen wie die Hysterie überhaupt nicht zu geistigen Schwächezuständen führen. Da Raecke weder auf den Verlauf (nur in einem einzigen Falle währte die Beobachtungszeit 8 Monate) noch auf den Ausgang seiner Fälle irgend welche Rücksicht nimmt, und nur bezüglich der Ätiologie auf den häufigen Ausbruch der Störung in der Gefängnishaft hinweist, so versteht es sich ganz von selbst, dass sich seine Diagnose ausschliesslich nur auf diejenigen Symptomenkomplexe gründet, die er während einer relativ kurzen Beobachtungsdauer zu sehen bekam. Wir haben uns bereits überzeugt, dass Ganser das Symptom des Vorbeiredens als den Ausdruck einer Bewusstseinseinengung bei Hysterischen, d. h. bei Individuen mit hysterischen Stigmaten aufgefasst hat; darum sprach er von einem eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Für Wernicke war einzig und allein der Nachweis der hysterischen

Stigmata ausschlaggebend; denn nur deswegen stimmte er der Auffassung Ganser's bei, dass es sich bei dessen Fällen um eine Bewusstseinseinengung Hysterischer handelt. Raecke dagegen wirft überhaupt schon nicht mehr die Frage auf, ob der Nachweis hysterischer Symptome, speziell ob das Vorhandensein von Analgesien bei Fällen, welche gleichzeitig das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens darbieten, auch wirklich die Diagnose der Hysterie zu sichern vermag. Er übersieht vollständig, dass aus dem Symptom des Vorbeiredens, oder wie er zu sagen pflegt, aus dem Symptom der unsinnigen Antwort, an sich absolut keine Schlussfolgerung auf das Bestehen einer Bewusstseinseinengung und daher auch nicht eines Dämmerzustandes gezogen werden kann. Ganser wie Raecke weisen auf den Umstand hin, dass dieses Symptom zu dem Verdacht der Simulation führen könnte. Diese Thatsache beweist unwiderleglich, dass das Symptom an sich keineswegs eindeutig als Äusserung einer Bewusstseinsstörung aufgefasst werden muss. Nicht minder klar geht die Richtigkeit dieser Behauptung aus den Epikrisen Ganser's und Raecke's zu ihren Krankheitsfällen hervor, in denen sie den Leser zu überzeugen suchen, dass es sich bei ihren Fällen in der That um eine Bewusstseinseinengung mit teilweiser Amnesie handelt. Wozu alles das, wenn klipp und klar die Bewusstseinsstörung zu Tage tritt? Ein kritischer Leser wird sogar erklären, dass ihn weder die Ganser'schen noch Raecke'schen Ausführungen von dem Bestehen einer Bewusstseinseinengung überzeugt haben. Wer aber gar den katatonischen Negativismus kennt und weiss, dass derselbe sehr wohl solche Zustände vorzutäuschen vermag, welche Ganser und Raecke bei ihren Fällen beschrieben, wird an den Ausführungen beider Autoren unbarmherzig Kritik üben und wird ihnen, besonders aber Raecke den Vorwurf nicht ersparen, dass sie die nächstliegendste, dem Beobachter sich unmittelbar aufdrängende Deutung des Symptomes des Vorbeiredens als Symptom des Negativismus nicht einmal erwähnen, geschweige denn begründen, dass diese Auffassung nicht zutreffend und irrig ist. So viel steht also fest, dass die Aufstellung des eigenartigen Ganser'schen Dämmerzustandes bei Hysterischen nicht das Ergebnis klinischer Beobachtungen ist, sondern das Ergebnis einer Reflexion über die Beobachtung, dass einzelne Kranke, bei welchen Analgesien nachweisbar waren, das Symptom des Vorbeiredens zeigten. Ganser sprach daher nicht deswegen von einem hysterischen Dämmerzustand, weil hysterische Kranke Bewusstseinsstörungen darboten, sondern weil er die Fälle, bei denen er zuerst das Symptom des Vorbeiredens beobachtete, als Hysterie diagnosticierte und weil dieses Symptom im Rahmen der Hysterie schwerlich als ein Zeichen ungetrübten Bewusst-

seins aufgefasst werden konnte. Das ist die Genese des Ganser'schen eigenartigen Dämmerzustandes bei Hysterischen.

Anstatt nun zu prüfen, wie denn Ganser zu der Auffassung gelangt ist, dass das Symptom des Vorbeiredens der Ausdruck eines hysterischen Dämmerzustandes ist, und statt Kritik an dessen Mitteilungen zu üben, machte sich Raecke die Ganser'sche Auffassung ohne weiteres zu eigen und operierte mit derselben, als ob sie eine unwiderlegliche, festbegründete Thatsache wäre. Jetzt verstehen wir sehr wohl, dass er, felsenfest von der hysterischen Natur des Ganser'schen Dämmerzustandes überzeugt, gar nicht mehr den Nachweis von Analgesien oder anderen hysterischen Stigmaten für notwendig erachtete, um eine sichere Diagnose des hysterischen Dämmerzustandes von Ganser zu stellen; im Gegenteil, letzterer hatte für ihn geradezu die Bedeutung eines hysterischen Stigmas. Ja, Raecke ging noch einen beträchtlichen Schritt weiter und glaubte, dass das Symptom des Vorbeiredens nur eine der Äusserungen des hysterischen Dämmerzustandes Ganser's ist; betrachte man Fälle dieser Art, so falle ausserdem zeitweise ein leicht benommenes, an Stupor erinnerndes Verhalten auf, und zwar zeige dieser Stupor gewisse Eigentümlichkeiten; es sichere daher auch der Nachweis dieses „hysterischen Stupors" die Diagnose der Hysterie und zwar auch dann, wenn das Symptom des Vorbeiredens nicht vorhanden ist.

Es liegt auf der Hand, dass einer derartigen Argumentation gegenüber selbst meine einwandfreiesten Fälle nicht das Geringste beweisen. Auch wenn ich eine fünfzigmal grössere Anzahl von meiner Ansicht nach durchaus einwandfreien Fällen typischer Katatonie vorzuführen vermöchte, die sämtlich vollständig abgelaufen sind und deren Leben lückenlos vor uns liegt, so würde ich trotzdem Raecke nicht überzeugen. Und wenn ich weiterhin den Beweis erbrächte, dass der eine Teil dieser zahlreichen Fälle, welche in jeder Hinsicht nach dem Paradigma verlaufen, das Kraepelin von der klinischen Katatonie entworfen hat, niemals auch nur eine Andeutung von hysterischen Stigmaten oder Zeichen eines hysterischen Charakters dargeboten hat, während der ebenso grosse andere Teil, der in jeglicher Hinsicht den Fällen des ersten Teiles gleicht und nur darin sich von letzterem unterscheidet, dass bei jedem dieser typisch katatonischen Kranken nur ein einziges Mal ein vorübergehender Zustand beobachtet wurde, in dem hysteriforme Krankheitszeichen, wie Analgesien, Krämpfe und andere von den hysterischen Stigmaten sich nicht unterscheidende Symptome festgestellt wurden, so könnte mir Raecke doch antworten: „für mich ist der Nachweis desjenigen Symptomenkomplexes,

den ich als hysterischen Stupor bezeichne, trotzdem massgebend für die Diagnose der Hysterie.“ Und wenn ich ihm an Hand eines noch grösseren Materiales und seiner eigenen Fälle noch so exakt beweisen würde, dass diejenigen Phänomene, welche er als „ausgesprochene hysterische Erscheinungen“ im hysterischen Stupor deutet, wie Sensibilitätsstörungen, Abasie und Aphonie, allerlei Sensationen u. s. w., nur scheinbar den hysterischen Symptomen ähnlich sind, in Wirklichkeit aber nicht das Geringste mit der Hysterie zu thun haben; ja wenn ich sogar ausführlich begründen würde, warum die Analgesien, die Abasie und die Aphonie u. s. w. der von ihm beschriebenen Fälle nichts anderes sind als Äusserungen eines ausgeprägten katatonischen Negativismus, so könnte trotz alledem Raecke mir entgegnen, dass wohl ich diese Erscheinungen als katatonische Symptome auffasse, dass aber meine Auffassung doch keineswegs auch für ihn bindend sei.

Immerhin muss zugegeben werden, dass Raecke sich bemüht, auch den Erfahrungen anderer gerecht zu werden. Infolge dessen sieht er sehr wohl ein, dass seine Kranken manche Züge darbieten, welche man bei der klassischen Hysterie nicht beobachtet. Ja, er spricht geradezu von dem Rätselhaften, das den Verwirrtheitsphasen, in denen die Kranken das Ganser’sche Phänomen zeigen, teilweise noch für unser Verständnis anhaftet. Für alle diese Verlegenheiten besitzt aber der Symptomatologe das niemals versagende Hilfsmittel der psychologischen Erklärung. Auf diesem Wege gelingt es ihm, jede sich ihm darbietende Schwierigkeit spielend zu überwinden. Auch Raecke machte von diesem Hilfsmittel reichlichen Gebrauch. Um aus der grossen Menge von Beispielen nur ein einziges herauszugreifen, deutet Raecke die Äusserungen der erhöhten Suggestibilität katatonischer Kranken nicht nur als die den Hysterischen eigentümliche leichte Beeinflussbarkeit von aussen, sondern verwertet auch dieses Ergebnis seiner psychologischen Auffassung zur Begründung seiner Diagnose.

Solange es sich nur um die Beurteilung des Zustandsbildes eines Kranken handelt, kann mir Raecke immer entgegnen, dass er nicht den geringsten Grund habe, seine Auffassung des Falles zu ändern und meine Diagnose anzuerkennen. Er verstehe eben unter Hysterie etwas anderes als ich; ich könne nicht beweisen, dass seine Auffassung falsch, meine Ansicht dagegen richtig sei; jedenfalls aber stünde die Mehrzahl der Psychiater auf dem Boden seiner Anschauung.

Raecke und Ganser haben ihre Kranken nur relativ kurze Zeit beobachtet. Die von ihnen studierten „Dämmerzustände“ klingen ab; die Kranken erholen sich leidlich. Nun aber erkranken sie von neuem, und bieten ein toto coelo anderes Zustandsbild, von dem Ganser

und Raecke selbst erklären, dass dasselbe absolut nichts mit der Hysterie zu thun hat; letzterer giebt sogar zu, dass die Kranken die Erscheinungen des von ihm als katatonischen Symptomenkomplex bezeichneten Zustandes zeigen. Ein anderer Kranker aus den uns mitgeteilten Fällen von hysterischem Dämmerzustand erkrankt noch ein zweites und drittes Mal, ohne dass irgend welche Andeutungen von Hysterie zu Tage getreten sind, dagegen hat sich bei demselben ein geistiger Schwächezustand entwickelt, der von Krankheit zu Krankheit rasch zunimmt und zu einer weitgehenden Verblödung führt, so dass er nun dauernd in einer Pflegeanstalt untergebracht werden muss.

Würden Ganser und Raecke wirklich in diesen Fällen die Diagnose des hysterischen Dämmerzustandes aufrecht halten? Oder würden sie annehmen, dass es sich in diesen Fällen um eine völlig neue Erkrankung handelt? Man sage nicht, dass diese Annahmen auf einer theoretischen Konstruktion beruhen und dass man erst abwarten möge, bis ein solcher Fall beobachtet wird. Denn ich habe zwei bestimmte Fälle im Auge, deren Krankheitsgeschichte ein Beleg dafür ist, dass es solche Fälle wirklich giebt.

Wenn irgend etwas die Überlegenheit der klinischen Betrachtungsweise gegenüber der symptomatologischen Forschungsrichtung darzuthun vermag, so ist es die Genese des eigenartigen hysterischen Dämmerzustandes von Ganser und Raecke's Auffassung des sogenannten hysterischen Stupors.

Man pflegt noch immer der klinischen Betrachtungsweise der Psychosen den Vorwurf zu machen, dass man bei derselben viel zu sehr auf die Ätiologie, den Krankheitsverlauf und den Krankheitsausgang Gewicht legt, während doch eine geradezu erdrückende Fülle von Beispielen wohlbekannter nervöser und nicht nervöser klinischer Krankheitsbilder unwiderleglich beweisen, wie trotz der gleichen Ätiologie — man denke nur an Tuberkulose, an Syphilis, an den Alkohol — das klinische Krankheitsbild verschieden verlaufen und ausgehen kann und wie anderseits eine verschiedene Ätiologie unter Umständen ganz ähnliche klinische Krankheitsbilder bedingt — ich erinnere an die polyneuritische Geistesstörung und die Presbyophrenie (Wernicke) oder an gewisse Formen der sogenannten arteriosklerotischen Demenz und der Paralyse u. s. f.

Bei dieser Erwägung ist nur der Umstand unverständlich, dass der klinische denkende Forscher so handgreifliche Thatsachen nicht einsehen sollte. Weiss er doch ebenso gut als der Symptomatologe, dass unsere Kenntnisse der Ätiologie fast Null sind, und dass der Ausgang und Verlauf einer Krankheit durch eine Reihe von Momenten be-

einflusst werden können, die sich seiner Erkenntnis absolut entziehen. Soll er aber deswegen, weil bei vollkommen identischen Krankheitsprozessen eine Anzahl ihm gänzlich unbekannter Umstände wirksam sein und daher den Verlauf und Ausgang beeinflussen können, überhaupt auf die Momente des Krankheitsverlaufes und -Ausganges und auf die Ätiologie verzichten?

Wenn irgend etwas exakt und unwiderleglich bewiesen werden kann, so ist es die Thatsache, dass der Weg der einfachen naturwissenschaftlichen Beobachtung nicht ausreicht, um die sich uns darbietenden psychopathologischen Phänomene sicher und zuverlässig zu beurteilen, um anscheinend gleichartige, in Wirklichkeit aber wesentlich verschiedene Krankheitszeichen bestimmt auseinander zu halten u. s. w., mit einem Worte, um zu einer natürlichen, d. h. im Wesen der Dinge begründeten Gruppierung der Krankheitserscheinungen zu gelangen. Ja, wir können uns sogar überzeugen, dass die einfache naturwissenschaftliche Beobachtung uns selbst bei der Beurteilung von Symptomen wohlbekannter Krankheitsvorgänge häufig im Stiche lässt, obwohl wir ganz genau die überhaupt in Betracht kommenden Möglichkeiten kennen. Niemand wird z. B. die beiden als sogenannter katatonischer Stupor bekannten Symptomenkomplexe mit einander verwechseln, solange die Form a, bei der der Kranke mit auf's äusserste angespannter Muskulatur in unbequemster Lage im Bette liegt, den Urin und Kot unter sich gehen lässt, mit der Schlundsonde ernährt werden muss u. s. w., und die Form b, bei der der Kranke mit schlaffer Muskulatur in bequemster Lage in seinem Bette ruht, regelmässig auf's Klosett geht, selbst isst, Toilette macht u. s. w., in deutlicher Ausprägung zu Tage treten. Sobald wir es aber mit Stuporformen zu thun haben, bei denen die Eigenart der beiden Formen nicht mehr so handgreiflich zu Tage tritt und wo gleichzeitig die Komponenten beider Formen zum Ausdruck zu gelangen scheinen, da lässt uns die naturwissenschaftliche Beobachtung im Stiche; wir wissen nicht, gehört dieser Stupor zur Form a oder zur Form b oder stellt er gar eine besondere Form c dar. Wenn aber die naturwissenschaftliche Beobachtung schon bei der Beurteilung derartiger Symptomenkomplexe uns häufig im Stiche lässt, um wie viel mehr wird sie erst bei der Beurteilung von Krankheitszeichen versagen, deren Komponenten uns absolut unbekannt sind? Thatsächlich beweist auch die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie, dass bis jetzt noch kein Psychiater bei der Beurteilung und Gruppierung der psychopathologischen Krankheitszeichen mit der naturwissenschaftlichen Beobachtung allein zum Ziele gelangt ist. So hat man gelegentlich auch die Ätiologie, den Krankheitsverlauf und -Ausgang als Hilfsmittel heran-

gezogen; freilich ausschlaggebend waren fast immer psychologische Erwägungen oder psychologisch-anatomische Hypothesen.

Angesichts dieser unbestreitbaren Sachlage ist ein Fortschritt der Psychiatrie nur dann möglich, wenn es gelingt, die sich uns darbietenden Krankheitserscheinungen richtig zu beurteilen, anscheinend gleichartige, in Wirklichkeit aber wesentlich verschiedene Symptome bestimmt auseinander zu halten, kurz, zu der natürlichen, im Wesen der Dinge begründeten Gruppierung der psychopathologischen Phänomene zu gelangen. Nun aber ist die im Wesen der Dinge begründete Gruppierung der Symptome jene Einteilung derselben, bei der sie mit Rücksicht auf ihre wirklichen Ursachen vereinigt und auseinander gehalten werden. Leider sind die wahren Ursachen der Symptome absolut unbekannt und werden noch lange unbekannt bleiben. Andererseits aber versteht man unter klinischen Krankheitseinheiten oder wahren klinischen Krankheitsbildern nichts anders als den klinischen Ausdruck eines einheitlichen pathologisch-anatomischen Prozesses. Es liegt daher klar auf der Hand, dass man auch ohne Kenntnis der pathologisch-anatomischen Ursache der Symptome zu einer natürlichen Gruppierung derselben gelangen würde, wenn man die Gesamtheit der Geisteskrankheiten in ihre wahren klinischen Krankheitsbilder zu zerlegen verstünde.

Allerdings sind wir heute von diesem Ziele noch weit entfernt. Allein es fragt sich, ob nicht doch unser heutiges Können ausreicht, die Bearbeitung dieser Aufgabe wenigstens in Angriff zu nehmen. Niemand wird die Thatsache in Abrede stellen, dass Krankheitsfälle, welche sich ätiologisch, symptomatologisch, nach der Art ihrer Krankheitsentwickelung, Krankheitsverlaufes und -Ausgangs völlig identisch verhalten, zusammengehören, d. h. der klinische Ausdruck eines gleichen pathologisch-anatomischen Prozesses sind. Es ist klar, dass eine solche Gruppe von in ihrem klinischen Gesamtbilde identischen Fällen noch lange nicht die Bedeutung eines wahren, klinischen Krankheitsbildes zu haben, also keineswegs der klinische Ausdruck einer vollständigen pathologisch-anatomischen Krankheitseinheit zu sein braucht; aber es besteht auch darüber nicht der geringste Zweifel, dass die zu einer solchen Gruppe gehörigen Fälle nicht der klinische Ausdruck verschiedener pathologisch-anatomischer Prozesse sind und dass die bei ihnen auftretenden Symptome sicher auf einer gemeinschaftlichen Ursache beruhen. In dieser Erkenntnis bietet sich aber ein der Forschung zugängliches Gebiet. Im Gegensatz zu der symptomatologischen Forschungsrichtung, bei welcher die Krankheitsfälle nach gemeinsamen

Symptomen oder doch nach einem gemeinsamen symptomatologischen Leitmotiv gruppiert werden, stützt sich die klinische Forschungsrichtung auf diese Erkenntnis; d. h. sie geht zielbewusst von dem Grundsatze aus, dass die Symptome von einer Gruppe von Fällen mit völlig gleichem klinischen Gesamtbilde auf einer einheitlichen pathologisch-anatomischen Grundlage beruhen.

Der Symptomatologe vereinigt sofort Fälle mit gleichartigen Symptomen zu einer Gruppe. Der Kliniker kann erst dann vereinigen, wenn er über eine genügend grosse Zahl von Fällen verfügt, deren gesamtes klinisches Gesamtbild feststeht. Die Thatsache, dass der Symptomatologe sofort, der Kliniker aber erst nach einer Sammelarbeit vieler Jahre die Krankheitsfälle zu gruppieren beginnt, charakterisiert schon äusserlich die beiden Forschungsrichtungen.

Es liegt in der Natur der Sache begründet, dass eine Gruppierung von Fällen, deren klinisches Gesamtbild identisch ist, notwendig zu einer grossen Zahl solcher Gruppen und selbstverständlich auch zu einer beträchtlichen Zahl von nicht rubrizierbaren Fällen führt. Diese Gruppierung ist indes auch nicht das Forschungsziel, sondern nur das Forschungsmittel, das erstens eine grössere Übersicht über das gesamte Beobachtungsmaterial ermöglicht, zweitens ohne Heranziehung von psychologischen Erklärungen oder Hypothesen zu einer weit zuverlässigeren Kenntnis und Vertiefung der Symptomatologie führt als die einfache naturwissenschaftliche Beobachtung, und das endlich drittens zu einer weiteren Gruppierung der Krankheitsfälle verhilft, welche den natürlichen Ausgangspunkt für die Umgrenzung und Aufstellung wahrer klinischer Krankheitsbilder abgiebt.

Ich muss es mir leider versagen, auf die Einzelheiten dieser Forschungsrichtung einzugehen. Am liebsten hätte ich dargethan, wie die als hysterisches Irresein, als Verblödungsprozesse (Hebephrenie, Katatonie u. s. w.), als manisch-depressives Irresein, als Melancholie des Rückbildungsalters u. s. w. bezeichneten Gruppen von Fällen aus den kleinen Gruppen von Fällen mit gleichem klinischen Gesamtbild sich allmählich herausentwickelt haben. Wie notwendig eine derartige Auseinandersetzung wäre, beweist der Ausspruch eines bekannten Psychiaters: „Derselbe Inhalt des früheren grossen Topfes Paranoia befindet sich jetzt in dem ebenso grossen Heidelberger Topfe Katatonie“. Gewiss ist der Topf der Katatonie recht gross und niemand bedauert seinen Umfang mehr, als Kraepelin; aber die Behauptung, dass in den beiden Töpfen ein gleicher Inhalt zu finden ist, ist grundfalsch. Es würde daher wesent-

lich zur Aufklärung dienen, wenn man zeigen würde, warum der Topf Katatonie so gross geworden ist. Man würde sich dann aber auch überzeugen, warum es unmöglich ist, dass der Inhalt der beiden Töpfe übereinstimmt.

Da derartige Ausführungen viel zu viel Raum beanspruchen, muss ich mich begnügen, auf den Nutzen einer Gruppierung von Fällen mit identischem klinischen Gesamtbild hinzuweisen. Geht man zunächst von jenen Gruppen aus, deren klinisches Gesamtbild einerseits möglichst klar ausgesprochen, andererseits möglichst different erscheint, so liegt es auf der Hand, dass sich bei einer derartigen Gegenüberstellung eine Menge von Fragestellungen ergeben, zu welchen die naturwissenschaftliche Beobachtung allein kaum führen wird. Der Forscher wird gewissermassen gezwungen, die Aufmerksamkeit auf Dinge zu lenken, die bei der blossen Beobachtung in keiner Weise auffallen und daher leicht übersehen werden. Die Gewissheit, dass die verschiedenartigen Symptome und Zustände zusammengehören, welche die Fälle der gleichen Gruppe darbieten, ermöglicht dem Kliniker die Unterscheidung diagnostisch wichtiger und nebensächlicher Symptome; in zielbewusster Weise vermag er die Frage zu beantworten, ob nicht jede einzelne Verlaufsphase so eigenartige Erscheinungen darbietet, dass die Fälle der Gruppe schon auf Grund eines einzelnen Zustandsbildes zu erkennen sind, oder ob etwa diesen eigenartigen Erscheinungen der verschiedenen Krankheitsphasen ein gemeinsamer Zug anhaftet u. s. w., kurz, die zielbewusste Analyse der Fälle solcher Gruppen ist eine wichtige Erkenntnisquelle; auf diese Weise vermag sich der Kliniker die symptomatologischen Kenntnisse anzueignen, die ihn befähigen, in systematischer Weise immer mehr Gruppen zu analysieren und sich ein Urteil über Gruppen von Fällen mit weniger klar ausgesprochenem klinischen Gesamtbilde zu verschaffen.

Auf der Grundlage der auf diesem Wege gewonnenen symptomatologischen Kenntnisse versucht sodann der klinische Forscher, die kleinen Gruppen von Fällen mit gleichem klinischen Gesamtbild in weniger zahlreiche grössere Hauptgruppen von Fällen mit annähernd gleichartigem klinischen Gesamtbild zu vereinigen. Ich brauche wohl nicht eigens zu betonen, dass auch hierbei systematisch vorgegangen werden muss: zuerst werden die klinisch klar ausgesprochenen und möglichst verschiedenen Gruppen ins Auge gefasst; es werden dieselben Fragen zu beantworten versucht u. s. w. und sodann die schwierigeren Gruppen in Angriff genommen.

Diese Hauptgruppen von Fällen mit annähernd gleichartigem klinischen Gesamtbilde dienen zur Grundlage für den Versuch, wahre klinische Krankheitsbilder aufzustellen und zu umgrenzen.

Diese Andeutungen genügen, um ein richtiges Bild von der klinischen Forschungsweise zu gewinnen. Nur bei einer völligen Verkennung der klinischen Forschungsweise kann man ihr den Vorwurf machen, dass sie die Momente der Ätiologie, des Krankheitsverlaufes und des -Ausganges überschätzt. Selbstverständlich kann auch der klinisch denkende Forscher irren und bei der Umgrenzung wahrer klinischer Krankheitsbilder weit über das Ziel hinausschiessen. Man vergesse nicht, dass auch er auf die naturwissenschaftliche Beobachtung angewiesen ist und dass dieselbe uns selbst da, wo wir genau wissen, um welche Dinge es sich handelt, häufig im Stiche lässt. Darum bedeutet das Streben Kraepelin's, den psychologischen Versuch*) als wissenschaftliches Forschungsmittel der Psychiatrie dienstbar zu machen, einen gewaltigen Fortschritt.

Den wesentlichen und wichtigsten Unterschied zwischen der symptomatologischen und klinischen Forschungsweise erblicke ich in dem Umstand, dass die symptomatologische Forschung ohne Benützung von psychologischen Erklärungen und Hypothesen überhaupt nicht auskommt, dass sie notwendig zu irgend einem knöchernen Schema der Geistesstörungen führt, welches einer Aus- und Weiterbildung unfähig ist und dass das Prinzip der Gruppierung von Fällen nach gemeinsamen Symptomen oder einem gemeinsamen symptomatologischen Leitmotiv nirgends eine Handhabe darbietet, um Selbstkritik und Selbstkontrolle üben zu können. Ich habe oben an dem Beispiel Raecke's gezeigt, dass der Symptomatologe nicht gezwungen ist, eine Belehrung anzunehmen. Da die naturwissenschaftliche Beobachtung allein nicht ausreicht, die psychopathologischen Symptome zu gruppieren, so muss er psychologische Erwägungen zu Hilfe nehmen; nun aber giebt es keinen objektiven Massstab für die Prüfung solcher Erwägungen; es fehlt daher die Möglichkeit einer Korrektur des Irrtums. Dieses Moment scheint mir noch nicht genügend bekannt zu sein.

Die klinische Forschung dagegen verzichtet von vornherein auf jegliche psychologische Erklärungen und Hypothesen. Sie verfährt ausschliesslich nach den allgemeinen Grundsätzen der naturwissenschaftlichen Forschung. Sie ist niemals an ihre Umgrenzungen von Krankheitsbildern gebunden, sondern betrachtet dieselben so lange als vorläufig, bis die Richtigkeit derselben durch die Ergebnisse der pathologischen Anatomie sicher gestellt ist. Besitzt auch der klinische Forscher kein objektives Kriterium, mit dessen Hilfe er absolut sicher entscheiden kann, ob die von ihm umgrenzten klinischen Krankheitsbilder wirkliche klinische Krankheitseinheiten sind, so besitzt er doch in den Gruppen von wohl-

*) Man darf denselben nicht mit dem auf fundamentalem Irrtum beruhenden psychologischen Erklärungsversuch zusammenwerfen.

analysierten Fällen mit völlig gleichem klinischen Gesamtbild zuverlässige Paradigmata, welche er jederzeit zum Vergleich der von ihm umgrenzten klinischen Krankheitsbilder heranziehen kann. Auf der anderen Seite ist gewissermassen jeder neue Fall ein Prüfstein dafür, ob er sich auf dem richtigen Wege befindet. Vermag er z. B. ausschliesslich auf Grund der von ihm festgestellten Eigenart der Symptome lediglich aus irgend einem beliebigen Zustandsbilde nicht nur retrospectiv die wirkliche Entstehungsweise und bisherige Entwicklung, sondern auch prognostisch den wirklichen fernern Krankheitsverlauf und -Ausgang des Falles nach Massgabe der von ihm gezogenen Umrahmung des Krankheitsbildes richtig zu erkennen, so weiss er zwar noch lange nicht, ob die von ihm versuchte Umgrenzung thatsächlich einer wirklichen klinischen Krankheitseinheit entspricht; wenn er aber in einer sehr grossen Zahl von Fällen, die nach seiner Meinung zu dem von ihm umgrenzten Krankheitsbilde gehören, auf Grund sämtlicher Verlaufsphasen eventuell auch des Krankheitsausganges das klinische Gesamtbild nach dem Massstabe seiner Umgrenzung bestimmt zu entwickeln im Stande ist, so kann er darüber beruhigt sein, dass er sich auf keinem Irrwege befindet.

Man wird mich fragen, ob bei der Aufstellung des hysterischen Irreseins einerseits und bei den einfachen Seelenstörungen andererseits ganz genau in der soeben geschilderten Weise verfahren wurde und ob ich die Frage des Auftretens von hysterischen Symptomen bei einfachen Seelenstörungen mit Hilfe dieser Forschungsmethode bearbeitet habe. Eigentlich müsste sich der Leser selbst die richtige Antwort hierauf geben. Es ist klar, dass man sich nicht ohne weiteres hinsetzen und eine derartige Aufgabe in Angriff nehmen kann. Dazu ist nicht nur ein grosses, sondern auch ein sorgfältig bis auf die kleinsten Einzelheiten durchgearbeitetes und in eine Unzahl von wohl analysierten Gruppen von Fällen mit gleichem klinischen Gesamtbild zerlegtes Beobachtungsmaterial die Voraussetzung. Wenn daher bei der Umgrenzung des hysterischen Irreseins und der sogenannten einfachen Seelenstörungen und bei der Bearbeitung meines Themas das vorliegende Material nicht immer ausreichte, um bis ins einzelne die angegebene Forschungsweise zu befolgen, so liegt das in der Natur der Sache. Vielfach konnte der angegebene Weg genau befolgt werden; wo aber das Material versagte, habe ich mir die grösste Mühe gegeben, dem Ideal möglichst nahezukommen. Kraepelin ist seit 1890 bemüht, das Heidelberger Material nach den geschilderten Grundsätzen zu sammeln. Er benützt zu diesem Zwecke die Methode der Zählblättchen, d. h. jeder Fall erhält eine Zählkarte, auf der das klinische Gesamtbild desselben aufgezeichnet wird. Der Nutzen eines derartigen wohlgeordneten Systems liegt auf der Hand. Ohne Zählblätter

wäre es mir kaum möglich gewesen, das Vorkommen der hysterischen Symptome bei einfachen Seelenstörungen an Hand von mehreren tausend Fällen zu prüfen.

Das Gros der Fälle von einfachen Seelenstörungen mit sogenannten hysterischen Symptomen gehört, wie wir gesehen haben, zu den Krankheitsbildern der Katatonie und Hebephrenie; der Rest dagegen verteilt sich auf das manisch-depressive Irresein, die Melancholie des Rückbildungsalters und ausserdem noch auf einige mir jedoch nicht klar gewordene Krankheitsfälle. Sieht man zunächst von letzteren ab, so ist bei den Frauen die Zahl der manisch-depressiven Fälle um ein Geringes grösser, als die zur Melancholie gehörigen Fälle. Im allgemeinen sind die hierher gehörigen „Stigmata“ nicht von der gleichen, in die Augen springenden Prägnanz wie bei der Katatonie. Es ist ohne weiteres zuzugeben, .dass man hier sehr verschiedener Meinung sein kann, ob alle von mir notierten hysterischen Symptome, z. B. das Auftreten von Ohnmachten, von Lach- oder Weinkrämpfen, Analgesien, Globusgefühl u. s. w., namentlich vor dem Ausbruch der Krankheit, als solche zu bezeichnen sind. Ich habe mich daher wohl gehütet, bestimmte Zahlenverhältnisse anzugeben. Wir dürfen nicht übersehen, dass die als hysterische Stigmata bezeichneten Erscheinungen nicht an und für sich charakteristisch sind. Sie werden eben nur dadurch zu hysterischen Symptomen, dass sie auf dem Boden des hysterischen Zustandes entstehen, dass sie psychisch auslösbar und beeinflussbar sind und infolge des andauernd wirksamen hysterischen Zustandes jederzeit auftreten und ebenso spurlos wieder verschwinden können. Ich konnte aber natürlich nicht davon ausgehen, sondern habe einfach alle jene körperlichen Symptome als „hysterische“ Erscheinungen notiert, die man heute allgemein als hysterische Stigmata zu bezeichnen pflegt und die Eigentümlichkeit zeigen, dass sie, ohne jegliche Spuren zu hinterlassen, wieder verschwinden, sowie weder durch ein Trauma noch auch durch eine körperliche Erkrankung hervorgerufen werden. Krämpfe und Ohnmachten etc. der ersten Entwicklungsjahre bis zur Entlassung aus der Schule wurden selbstverständlich nicht mit gerechnet. Es wäre natürlich sehr erwünscht gewesen, wenn in jedem Falle die näheren Umstände aufgezeichnet gewesen wären. Thatsächlich aber fanden sich leider nur bei einem kleinen Teile der Fälle genauere Mitteilungen. Ich lege also durchaus nicht den Nachdruck auf die gewonnenen Zahlen, und betone das speziell für die Fälle von hsyterischen Symptomen bei dem manisch-depressiven Irresein und der Melancholie des Rückbildungsalters. Immerhin vermag ich auf einige Fehldiagnosen von hierher gehörigen Fällen hinzuweisen, bei denen thatsächlich nur einzelne Ohnmachts- und Krampf-

zustände als die einzigen hysterischen Stigmata angegeben sind, um die Diagnose des hysterischen Irreseins zu begründen. So nebensächlich es mir erscheint, ob man 15 oder 30 Fälle des manisch-depressiven Irreseins und der Melancholie des Rückbildungsalters zusammen zu rechnen vermag, bei denen man sogenannte hysterische Stigmata antrifft, so wichtig halte ich die Thatsache, dass auch bei diesen Psychosen ebenso in die Augen springende hysterische Symptome auftreten können wie bei der Katatonie und dass auch hier die sogenannten hysterischen Symptome keine Symptome der Hysterie, sondern Krankheitszeichen des manisch-depressiven Irreseins und der Melancholie des Rückbildungsalters sind, welche hysterischen Stigmaten ebenso ähnlich sehen wie ein paralytischer Anfall unter Umständen nicht von einem epileptischen unterschieden werden kann. In einem meiner Fälle von manisch-depressivem Irresein (circuläres Irresein), dessen Diagnose durch eine ganze Serie von fast photographisch gleichen Anfällen von Tobsucht und Depression über jeden Zweifel sicher steht, traten beim ersten Anfall eine Reihe hysteriformer Erscheinungen so sehr in den Vordergrund, dass einer unserer berühmtesten Psychiater ohne weiteres die Diagnose Hysterie stellte, obwohl weder in der Kindheit noch in der Pubertät irgend welche hysterische Züge oder gar Stigmata zu Tage getreten waren; nachdem diese Kranke den ersten Anfall hinter sich hatte, waren die hysterischen Symptome verschwunden. So oft sich nun in der Folge die Anfälle wiederholten, stellten sich in der depressiven Phase regelmässig hysteriforme Erscheinungen ein (Neuralgische Schmerzen in verschiedenen Gelenken, bestimmt lokalisierte Schmerzen im Unterleibe, Zustände, welche das Bild der Astasie-Abasie darboten, krampfartige Zustände, welche auf Druck von einem Punkte des Unterleibes ausgelöst werden konnten, Kontraktur des Beines in Streckstellung u. s. w.), welche so sehr ausgeprägt waren, dass die vielen Psychiater und Gynäkologen, welche zur Konsultation beigezogen wurden, ohne Ausnahme die Diagnose der Hysterie bestätigten. Obschon die hysterischen Erscheinungen in der manischen Phase zum grössten Teil und in der anfallsfreien Zwischenzeit ganz verschwanden, überlegte man in der depressiven Phase des vierten Anfalls, ob nicht die Ausführung einer Scheinlaparotomie bei der Kranken das geeignete Mittel sei, um dieselbe von ihren hysterischen Schmerzen zu befreien. Endlich erkannte man an dem charakteristischen Bilde der Tobsucht und an der fast photographischen Gleichheit der Anfälle die Natur des Leidens. Inzwischen ist mehr als ein Jahrzehnt verflossen und dieselben Erscheinungen, die früher von erfahrenen Psychiatern und Gynäkologen ohne weiteres als exquisit hysterische Erscheinungen angesehen wurden, haben sich noch oft wiederholt; seitdem

aber zeigten sich dieselben in einem ganz anderen Lichte, insbesondere trat ihr zwangsmässiger Charakter klar zu Tage; wie mit einer inneren Notwendigkeit erschienen sie an die depressive Phase gebunden; vor allem aber verschwanden sie grösstenteils in der manischen Phase und vollständig in den anfallsfreien Zwischenzeiten. In den letzteren beobachtete man weder die den Hysterischen eigenen Charakterzüge, noch irgend welche andere hysterischen Stigmata. Übrigens bin ich auch hier in der Lage, mich auf in der Litteratur beschriebene Fälle berufen zu können, in denen das circuläre Irresein sich angeblich mit Hysterie kompliziert haben soll. Speziell möchte ich auf die frappante Ähnlichkeit aufmerksam machen, die zwischen dem klinischen Bilde mancher Mischzustände im manisch-depressiven Irresein und gewissen Zustandsbildern im hysterischen Irresein besteht. Auch wenn man sich noch so skeptisch dem Begriff „hysterische Stigmata" gegenüber verhält und von vornherein nicht genauer präzisierte Angaben wie „Ohnmachten", „Krämpfe", „Anfälle" unbeachtet lässt, so bleibt das Facit im Grunde genommen gleich und der ganze Unterschied zwischen den katatonischen und hebephrenischen Krankheitsfällen mit hysteriformen Symptomen und den Erkrankungen des manisch-depressiven Irreseins und der Melancholie des Rückbildungsalters mit hysteriformen Symptomen läuft einzig und allein darauf hinaus, dass die Zahl solcher Katatonie- und Hebephreniefälle ganz beträchtlich grösser ist als die Zahl der entsprechenden Fälle des manisch-depressiven Irreseins und der noch etwas selteneren Fälle von Melancholie.

Wie bei der Katatonie, so war es mir auch bei dem manisch-depressiven Irresein und der Rückbildungsmelancholie in erster Linie darum zu thun, auf absolut reine Fälle mich stützen zu können; es musste vor allem die Frage entschieden werden, ob im Verlauf von absolut sicheren Fällen von Katatonie oder Hebephrenie, des circulären Irreseins und der Melancholie der Involutionsjahre Symptome auftreten können, welche nach der heute allgemein herrschenden Auffassung ohne Frage als hysterische Krankheitszeichen gelten, in Wahrheit aber keine hysterischen Symptome sind, sondern sich zuverlässig als echte Krankheitszeichen der genannten klinischen Krankheitsbilder erweisen lassen.

Ich habe bereits hervorgehoben, dass die sogenannten hysterischen Stigmata an sich nicht charakteristisch sind; wenn wir daher den sicheren Nachweis der hysterischen Natur solcher Stigmata zu erbringen haben, so kann weder die Ähnlichkeit der als hysterische Stigmata bezeichneten Phänomene mit zweifellos richtigen hysterischen Symptomen noch auch

ihre Anhäufung und die Art ihrer Gruppierung entscheidend sein; es sind nicht nur unter meinen Katatoniefällen, sondern sogar auch unter den Fällen des manisch-depressiven Irreseins Zustände vorhanden, in denen eine ganze Reihe von sogenannten hysterischen Symptomen gleichzeitig beobachtet werden konnte, ja in einem Katatoniefalle fanden sich alle Phänomene der grande Hysterie und zwar in so typischer Gruppierung und Verteilung, dass ich, als ich diesen Zustand sah, die Diagnose auf Hysterie stellte und gar nicht einmal an die Möglichkeit einer andern Diagnose dachte. Angesichts solcher Fälle haben wir allen Grund, vorsichtig zu sein und werden daher nicht jede vorübergehende Kontraktur oder Krampfanfälle, die auf Druck vom Unterleib auslösbar sind, oder das Gefühl einer vom Unterleib nach dem Halse aufsteigenden Kugel, oder Analgesien, oder arc de cercle u. s. f. ohne weiteres als hysterische Symptome bezeichnen; das einzig sichere Kriterium für die hysterische Natur eines Symptoms ist der Nachweis der bei dem betreffenden Individuum vorhandenen Hysterie. Nicht die als hysterische Stigmata bekannten Phänomene sichern die Diagnose der Hysterie, sondern diese Krankheitszeichen sind deshalb als hysterische Stigmata bekannt, weil sie erfahrungsgemäss am häufigsten bei der Hysterie beobachtet werden. Möglicherweise unterscheidet sich eine Kontraktur eines manisch-depressiven Kranken oder ein arc de cercle und Konvulsionen im katatonischen Erregungszustand doch von den Kontrakturen und dem arc de cercle und Konvulsionen der Hysteriker; nur sehen wir die feinen Unterschiede nicht. Wie dem auch sei, so viel steht fest, dass wir nur da von hysterischen Symptomen zu reden berechtigt sind, wo das Vorhandensein der Hysterie nachgewiesen werden kann. Wenn man daher behauptet, dass bei der Katatonie oder Hebephrenie, beim manisch-depressiven Irresein und bei der Melancholie des Involutionsalters hysterische Symptome auftreten können, dann muss man auch den Beweis erbringen, dass die an diesen Krankheiten leidenden Individuen hysterisch sind. Man muss also feststellen, dass diese Individuen bereits vor Ausbruch ihrer Psychose hysterisch waren und auch während derselben sowie nach ihrem Ablauf hysterisch geblieben sind. Denn unter Hysterie verstehen wir eine angeborene Krankheit, welche einen eigenartigen Zustand des Nervensystems bedingt, der klinisch dadurch zum Ausdruck gelangt, dass er zur Entwicklung des sogenannten hysterischen Charakters führt und sich andauernd insofern wirksam zeigt, als jederzeit passagere körperliche Störungen und verschiedene Formen eines spezifischen Irreseins durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können. Würde ein manisch-

depressiver Kranker in der manischen Phase seines dritten Anfalls auf die unerwartete Nachricht des Todes seines Vaters mit allgemeinen epileptiformen Krämpfen reagieren, die nach und nach in starke schleudernde Bewegungen des ganzen Körpers übergehen, wobei er deutlichen arc de cercle darbietet und keine beträchtliche Bewusstseinstrübung zeigt, und würde festgestellt werden, dass dieser Kranker bereits vor seinem ersten Anfall, und auch in den anfallsfreien Zwischenzeiten in typischer Weise nicht nur die eigenartigen Charakterveränderungen der Hysterischen erkennen liess, sondern auch wiederholt vorübergehende Analgesien, Hyperästhesien hatte und infolge eines heftigen Schreckens einmal auf eine Woche die Sprache verlor, so würde ich keinen Augenblick zögern, die erwähnten epileptiformen Krämpfe als ein hysterisches Symptom zu bezeichnen; allein bevor ich die Diagnose Komplikation von manisch-depressivem Irresein und Hysterie in diesem Falle stellte, würde ich mir den Kranken noch einmal recht gründlich ansehen; nicht deswegen, weil ich das Vorhandensein einer Hysterie bezweifeln würde, sondern weil in einem solchen Falle der Arzt mit der Möglichkeit einer Fehldiagnose hinsichtlich des manisch-depressiven Irreseins zu rechnen die Pflicht hat. Vor allem müssten noch einmal seine manischen und drepressiven Anfälle genau daraufhin analysiert werden, ob nicht auch diese als Äusserungen des andauernd wirksamen hysterischen Zustandes aufzufassen sind und ob der Kranke vielleicht gar nicht an manisch-depressivem, sondern an sich wiederholenden Anfällen von hysterischem Irresein mit vorzugsweise manischen und depressiven Zustandsbildern leidet. In diesem Falle würde von entscheidender Bedeutung der Nachweis der psychischen Beeinflussbarkeit und Auslösbarkeit der psychopathologischen und körperlichen Symptome sein; es müsste die Aufmerksamkeit auf den raschen und unvermittelten Wechsel der Zustandsbilder gerichtet werden: andererseits wäre insbesonders das Augenmerk auf die photographische Gleichheit der Anfälle und den Umstand zu legen, ob die photographisch gleichen Anfälle ohne jegliche nachweisbare Ursache in bestimmten Zeitintervallen regelmässig wiederkehrten. Wäre letzteres der Fall, dann, aber nur dann würde ich ohne Bedenken die Diagnose der Komplikation von Hysterie und manisch-depressivem Irresein stellen. Selbstverständlich will ich damit nicht sagen, dass in solchen Fällen nur die regelmässige Wiederholung photographisch gleicher Anfälle depressiver und manischer Zustandsbilder bei Ausschluss jeglicher äusseren Ursachen die Diagnose der Komplikation sichert; es kommt vielmehr auf die Sachlage des Falles an; ich wollte lediglich betonen, dass dann und nur dann die Diagnose der Komplikation gerechtfertigt ist, wenn zwingende und absolut beweisende Momente für das Bestehen zweier gleichzeitig neben einher-

gehender Erkrankungen vorliegen. Die oben angegebenen Umstände sind also nur ein Beispiel für derartige Momente. Jedenfalls aber befand sich unter dem von mir bearbeiteten Materiale kein solcher Fall und zwar weder unter den manisch-depressiven noch unter den melancholischen oder katatonischen oder hebephrenischen Kranken.

Es bedarf wohl keiner besonderen Begründung, dass die Thatsache des Auftretens hysteriformer Symptome und Züge bei einfachen Seelenstörungen nicht erst bewiesen zu werden braucht, und zwar ebensowenig wie die Thatsache, dass heute selbständige hysterische Psychosen viel häufiger diagnosticiert werden als z. B. bei den Frauen in circa 1,5 % aller zur Aufnahme in eine Irrenklinik gelangenden Fälle. Auch darüber kann nicht der geringste Zweifel bestehen, dass vom Standpunkt der Kraepelin'schen Psychiatrie die grosse Zahl der heute gestellten Diagnosen nicht nur selbständiger hysterischer Psychosen, sondern auch von Komplikationen einfacher Psychosen mit Hysterie sich einfach durch den Umstand erklären, dass die hysterischen Manien, die Hysteromelancholien, die hysterischen Verrücktheitsformen u. s. w. meist echte Kraepelin'sche Katatonien oder Hebephrenien sind. Alle diese Thatsachen brauchen nicht erst begründet zu werden; man muss nur mit offenem Auge die in der Litteratur aufgeführten Krankheitsgeschichten durchmustern.

Zur Beantwortung der Frage, ob im Verlaufe von absolut sicheren Fällen von Katatonie, Hebephrenie und des manisch-depressiven Irreseins Symptome auftreten, die nach den heutigen Anschauungen allgemein als hysterische Stigmata bezeichnet werden, thatsächlich aber Symptome der Katatonie, Hebephrenie und des manisch-depressiven Irreseins sind und mit der Hysterie absolut nichts zu thun haben, musste ich zunächst von solchen Fällen ausgehen, deren Krankheitsgeschichten genügend genau geführt waren, oder von Fällen, welche ich persönlich beobachten konnte; selbstverständlich wählte ich bei der ersten Sichtung meines Materials nur solche Fälle, deren Krankheitsbilder keinerlei Abweichungen vom Krankheitsverlauf und Symptomenkomplex darboten; speziell bevorzugte ich diejenigen, deren Beobachtungszeit sich auf einen möglichst langen Zeitraum verteilte. Solche in jeglicher Hinsicht einwandfreie und durchgearbeitete Fälle waren trotz des grossen Materials nicht sehr zahlreich; nichtsdestoweniger hielt ich es für richtig, die gestellte Frage zunächst an Hand derartiger Fälle zu beantworten; war auf diese Weise eine sichere Grundlage für die Auffassung der sogenannten hysterischen Symptome bei der Katatonie, der Hebephrenie, dem manisch-depressiven Irresein und der Melancholie des späteren Lebensalters gewonnen, dann konnte auch das übrige zur Verfügung stehende Material zur Beantwortung der gestellten Fragen herangezogen werden.

Unter einwandfreien Fällen verstehe ich solche, bei denen das ganze Vorleben des Kranken so genau bekannt ist, um das Bestehen einer Hysterie vor Ausbruch der Krankheit mit aller Bestimmtheit ausschliessen zu können. Ferner verlange ich von den absolut sichern und einwandfreien Fällen, dass die Katatonie oder Hebephrenie, das manisch-depressive Irresein oder die Melancholie des Rückbildungsalters in jeglicher Hinsicht nach dem klinischen Paradigma verläuft, sowie ferner, dass die sogenannten hysterischen Symptome ausschliesslich nur in einem einmaligen scharf umrissenen Zustandsbilde, nicht aber auch in den weiteren Verlaufsphasen der Krankheit oder nach Ablauf derselben sich wiederholen. Wie bereits bemerkt, sind unter meinem Materiale auch solche Fälle, die klinisch unklar sind und eine sichere Diagnose nicht ermöglichen, oder welche insofern nicht einwandfrei sind, als die Anamnese grosse Lücken aufweist oder die Beobachtungszeit zu kurz ist, oder die Führung des Krankenjournals ungenügend erscheint, oder das weitere Schicksal der Kranken nach dem Aufenthalte in der Klinik nicht bekannt ist u. s. w. Es soll nur ausdrücklichst darauf hingewiesen werden, dass ich zur Entscheidung der gestellten Fragen solche oder ähnliche Fälle nicht benützt habe; auf der andern Seite aber glaube ich doch auch betonen zn sollen, dass hier ein zu weit gehender Skeptizismus leicht dahin führt, auch die einwandfreiesten Fälle zu beanstanden, sei es, dass die Führung der Krankheitsgeschichte Lücken aufweist, oder dass das Symptomenbild oder der Krankheitsverlauf nicht ganz dem Paradigma im Lehrbuch entspricht. Der Begriff durchaus einwandfreier Fall ist eben trotz alledem ein relativer Begriff, dessen Anwendung in erster Linie von der Persönlichkeit des Psychiaters abhängt, der die Krankheitsfälle zu beurteilen hat. Die Hauptsache ist daher die Mitteilung der ausführlichen Krankheitsgeschichte jener Fälle, die ich als einwandfreie Fälle bezeichnet habe.

Das mir zur Verfügung stehende Material ist vor allem deshalb so ausserordentlich lehrreich, weil bei den vor 1890 aufgenommenen Kranken jene Anschauung in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen zum Ausdruck gelangt, welche ich als die zur Zeit am meisten verbreitete Auffassung bezeichnet habe. Letztere gelangt ohne weiteres schon in den Diagnosen zum Ausdruck. Ich habe neben „hysterischem Irresein" folgende Krankheitsbezeichnungen notiert: „Melancholie. Hysterie", „Manie. Hysterie", „Hypochondrie. Hysterie", „Primäre Verrücktheit. Hysterie", „chronische Verrücktheit. Hysterie", „hallucinatorische Verrücktheit. Hysterie", „Moral insanity. Hysterisches Irresein", „Hysteromelancholie", „Hysteromanie", „Hysterische Hypochondrie im Klimakterium", „Hystero-Hypochondrie. Reizbare Schwäche", „Hysterische Verrücktheit", „Hystero-Melancholie. Demenz mit anat. Diagnose:

Hämatoma durae matris", „Hystero-Melancholie mit Atrophie des Gehirnes" u. s. w.

Nach 1890 dagegen kommt bei den in der Heidelberger Klinik aufgenommenen Fällen die Auffassung Kraepelin's zum Ausdruck. 1891 findet sich zum letzten Male die Diagnose Hystero-Melancholie aufgezeichnet. Von da an tritt der ätiologische Faktor der Hysterie nur noch als „hysterisches Irresein" diagnostisch zu Tage.

Von den Fällen vor 1890 liegen im ganzen 833 Krankenjournale vor: 342 Männer und 491 Frauen; im ganzen wurde die Diagnose Hysterisches Irresein und Komplikationen mit Hysterie 75 Mal gestellt: bei den Männern nur 8 Mal, bei den Frauen dagegen 67 Mal. Die geringe Zahl bei den Männern erklärt sich wohl dadurch, dass ich die häufige Diagnose Hypochondrie, resp. hypochondrische Melancholie u. s. w. nicht mitgerechnet habe. Was nun die Verteilung der einzelnen Formen von hysterischem Irresein und Komplikationen betrifft, so zeichnete ich unter den sich auf 491 Frauen verteilenden 67 Formen von Hysterie und Komplikationen mit Hysterie 28 Mal die Diagnose hysterisches Irresein und 39 Mal Komplikationen von Hysterie und anderen geistigen Störungen auf. Unter letzteren findet sich weitaus am häufigsten die Diagnose „Hystero-Melancholie", respektive „Melancholie. Hysterie", nämlich 18 Mal, und Komplikationen zwischen Hysterie und den verschiedenen Formen von Verrücktheit 8 Mal. Die sämtlichen anderen Komplikationen verteilen sich auf 13 Fälle.

Von den nach 1890 zur Aufnahme gelangten 3071 Fällen habe ich bis jetzt speziell 1064 Fälle von Frauen genauer durchgearbeitet. Unter diesen 1064 Fällen konnte ich 17 Fälle von hysterischem Irresein feststellen. Bei 19 Fällen wurde von den die Kranken einweisenden Ärzten irrtümlicher Weise die Diagnose Hysterie oder hysterisches Irresein gestellt. Meist handelte es sich um katatonische oder hebephrenische Kranke, zu einem kleineren Teil um Fälle des manisch-depressiven Irreseins und zwar um Kranke, die sich in der manischen Phase befanden. Ferner habe ich festgestellt, wie oft „hysterische" Symptome überhaupt bei dem mir zur Verfügung stehenden Material notiert waren. Da der Begriff hysterische Symptome nicht scharf definiert werden kann, so hat die gefundene Zahl von insgesamt 103 Fällen nur eine beschränkte Bedeutung. Immerhin finden sich in dem mir vorliegenden Materiale vor 1890 Belege dafür, dass die verschiedenen hysterischen Symptome, welche ich bei den 102 Fällen des Materials nach 1890 notiert habe, thatsächlich als die einzigen hysterischen Stigmata in verschiedenen Fällen von Komplication von Hysterie und anderen einfachen Seelenstörungen angegeben sind. Schalte ich aber trotzdem alle unbestimmten Angaben, wie Ohn-

machten, Krämpfe, Krampfanfälle, Anfälle und ähnliches aus und gehe mit grösstem Skeptizismus in der Weise vor, dass ich nur solche Zeichen gelten lasse, welche nach den heute herrschenden Anschauungen ohne weiteres zweifellos allgemein als hysterische Symptome bezeichnet würden, so beträgt die Zahl der einfachen Seelenstörungen mit absolut sicheren „hysterischen" Erscheinungen immerhin noch 53 Fälle.

Da sich unter den 491 Frauen aus dem Material vor 1890 172 Fälle befanden, bei denen keine Diagnose aufgezeichnet war, so habe ich diese Fälle durchgesehen und bei ihnen nach denselben Grundsätzen das Auftreten hysterischer Symptome notiert wie bei dem Materiale nach 1890. Ich vermochte in 4 Fällen solche Angaben festszutellen. Bringt man dieselben mit in Rechnung, so ergiebt sich folgendes anschauliche Resultat:

Der Prozentsatz der Fälle, in denen Hysterie in der Diagnose zum Ausdruck gelangt, beträgt

vor 1890 13,8 %
nach 1890 1,5 %.

Der Prozentsatz der Fälle jedoch, bei denen überhaupt hysterische Symptome ohne Rücksicht auf die Diagnose gefunden wurden, beträgt

vor 1890 14,4 %
nach 1890 11,2 %.

Daraus geht klar die Auffassung in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen **vor** und **nach** 1890 hervor. Der erst jüngst erschienene Aufsatz **Fürstner's** „über hysterische Geistesstörungen"*) beweist, dass dieser Forscher noch immer dieselbe Auffassung vertritt. Er sagt wörtlich: „es können bei Kranken, welche die Symptome der Neurose mehr oder weniger vollzählig aufweisen und ebenso solchen, wo die Anfälle das einzige Symptom sind, wohl alle Formen der funktionellen Geistesstörung auftreten". Besonders häufig sind nach **Fürstner** **zwei Gruppen** psychischer Störung: „Geistesstörungen, die neben den Symptomen der Neurose auftreten"; besonders „prävaliert die Hypochondrie, die Melancholie und Paranoia"; „für alle drei ist im hysterischen Temperament der Boden vorbereitet"; zweitens Geistesstörungen, „die in direkter Beziehung zu den Anfällen stehen"; letztere sind die eigentlichen hysterischen Psychosen.

Die Verschiedenheit der Auffassung in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen, welche sich klar in den Zahlen unseres Materiales vor und nach 1890 ausdrückt, charakterisiert in handgreiflicher Weise den Gegensatz zwischen der **symptomato-**

---

*) Die deutsche Klinik von v. **Leyden** und **Klemperer**. Wien 1901.

logischen und klinischen Forschungsrichtung. Jedenfalls kann man aus ihr den sicheren Schluss ziehen, dass eine Einigung und gegenseitige Verständigung der symptomatologisch und klinisch denkenden Forscher ausgeschlossen und unmöglich ist. Ich habe den Unterschied zwischen beiden Forschungsrichtungen möglichst klar darzulegen versucht in der Hoffnung, dass meine Ausführungen vielleicht doch auf fruchtbaren Boden fallen. Denn es liegt auf der Hand, dass die Anerkennung der klinischen Forschungsrichtung eine gegenseitige Verständigung ermöglicht. Man sollte meinen, dass jeder Irrenarzt sich sofort von der symptomatologischen Forschungsrichtung losmachen würde, sobald er von dem Wesen der klinischen Betrachtungsweise Kenntnis erhält. Nun aber kann ich mir nicht gut vorstellen, dass Forscher, wie z. B. Fürstner, hierüber nicht genügend unterrichtet sein sollten. Im Gegenteil, dieser Gedanke ist geradezu absurd.

Wenn aber eine derartige Vorstellung jeglicher Grundlage entbehrt, so muss irgend eine bestimmte Ursache vorhanden sein, welche unsere hervorragenden Psychiater veranlasst, an der symptomatologischen Betrachtungsweise festzuhalten.

Wenn ich alle in Betracht kommenden Möglichkeiten in Erwägung ziehe, so kann die Ursache schlechterdings nur die Vorstellung sein, dass die meisten Geisteskrankheiten funktionelle Störungen sind, d. h. wesentlich anders verlaufen als z. B. die Paralyse, welche auch die symptologisch denkenden Forscher im Geiste der klinischen Betrachtungsweise auffassen. Nun hat allerdings Fürstner bestimmt erklärt, er habe den Begriff funktionell stets zur Bezeichnung von Störungen benützt, bei denen noch kein anatomischer Befund aus äusserlichen Gründen erhoben werden konnte. So richtig diese Auffassung auch ist, so möchte ich doch bezweifeln, dass Fürstner und mit ihm noch viele andere Psychiater die Konsequenzen dieser Auffassung ziehen. Warum gebraucht man denn noch immer diesen Ausdruck, wenn er gar keine Bedeutung hat und wenn thatsächlich Störungen als organisch aufgefasst werden, obwohl man bei ihnen ebenso wenig wie bei der Hysterie eine anatomische Grundlage nachzuweisen vermag? Wenn Fürstner die Hysterie wirklich als eine Störung auffasst, deren Grundlage ebenso pathologisch-anatomisch definierbar ist, wie die der Paralyse und wenn der Unterschied zwischen beiden nur darin besteht, dass man hier anatomische Veränderungen nachzuweisen vermag und dort nicht, so kann ich seine Auffassung der hysterischen Geisteskrankheiten allerdings nicht verstehen.

Soll daher eine gegenseitige Verständigung und Einigung der Psychiater erreicht werden, so ist meines Erachtens die Aufgabe des Begriffes „funktionelle Krankheiten“ der Weg, der zum Ziele führt.

Diese Aufgabe dürfte umso leichter fallen, als man thatsächlich bei fast allen funktionellen Psychosen anatomische Befunde im Cortex zu erheben vermag. Erblickt man aber in allen Geistesstörungen den klinischen Ausdruck bestimmter Rindenerkrankungsprozesse, so ist das Hindernis bei Seite geschafft, das heute jede Verständigung unter den Irrenärzten unmöglich macht. Denn dann ist die Anerkennung der klinischen Betrachtungsweise die selbstverständliche Folge. Auf dem Boden der klinischen Forschungsrichtung aber ist eine gegenseitige Verständigung und Einigung nicht nur in der Frage der Beziehungen zwischen der Hysterie und den übrigen Geistesstörungen, sondern auch auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie unschwer zu erzielen.

II. Vereinsbericht.

Bericht über die XXXII. Versammlung südwest-deutscher Irrenärzte zu Karlsruhe

(2. und 3. November 1901).

Von DDr. **Arndt** und **Gaupp** (Heidelberg).

1. Sitzung: 2. November, nachmittags $2^1/_2$ Uhr.

Vorster (Stephansfeld) heisst die Versammlung willkommen und übermittelt ihr Grüsse von den Herren Sommer, Aschaffenburg, Raecke, Schulze (Andernach) und Weygandt. Der Vortrag Weygandt fällt demzufolge aus. Vorster giebt ferner die Trauernachricht von dem Ableben des Herrn Direktor Gessler (Winnenthal) und bittet die Versammlung, sich zu Ehren des Verstorbenen von den Plätzen zu erheben; dies geschieht. Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Ludwig (Heppenheim), für die zweite Fürstner (Strassburg) gewählt. Auf das Ersuchen Ludwigs erbieten sich Neumann (Karlsruhe) und Hess (Stephansfeld) zu Schriftführern, worauf man in die Tagesordnung eintritt.

1) **Kreuser** (Schussenried): Der Wert der pharmaceutischen Beruhigungsmittel bei Behandlung von Geisteskranken.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwicklungsstufen einer psychiatrischen Behandlung der psychischen Erregungszustände versucht Ref. aus einer Analogie mit den Ergebnissen des physiologischen Experiments über die Ermüdungserscheinungen Anhaltspunkte dafür abzuleiten, dass und in wie weit ein ärztliches Eingreifen bei denselben zweckmässig und notwendig sei. Von den hierzu geeigneten Mitteln werden neben der Beachtung allgemeiner psychiatrischer Grundsätze als spezielle Mittel in erster Linie die Bettruhe und die hydrotherapeutischen Prozeduren genannt, sodann aber ausgeführt, dass neben denselben noch andere Mittel nur erwünscht sein können und dass

Medikamente unverkennbaren Nutzen bringen können, während sich deren Gefahren bei genügender Erfahrung, Vorsicht und Individualisierung vermeiden lassen. Von den in diesem Sinne verwendbaren Medikamenten werden der Alkohol, die Brompräparate, die Opiate, Chloralhydrat, Amylenhydrat, (Dormiol), Paraldehyd, Hedonal, Sulfonal und Trional, sowie das Hyoscin, (Scopolamin) einer kurzen Besprechung hinsichtlich ihrer wesentlichsten Indikationen und Kontraindikationen unterzogen. (Autoreferat.)

Um die Diskussion zu fixieren, bittet der Vorsitzende Kreuser, die Schlusssätze des Vortrages noch einmal zu verlesen. Die Richtigkeit dieser Thesen wird debattelos anerkannt.

2) **Kraepelin** (Heidelberg): Ueber die Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik.

(Der Vortrag ist in dem letzten Hefte dieser Zeitschrift ausführlich publiziert worden.)

Ludwig beantragt unter allgemeiner Zustimmung, nur über die Frage der Bäderbehandlung in Diskussion zu treten und die Besprechuug der Wachabteilungen erst nach dem ähnlichen Vortrage Haardts erfolgen zu lassen.

Darauf spricht sich Fürstner gegen die Anwendung von Dauerbädern aus, da er ein zu grosses Aufgebot von Wartepersonal befürchtet. Es müsse doch eine häufige Ablösung erfolgen, und wie solle eine Wärterin zugleich das Bad und noch andere Kranke beaufsichtigen können? Die Wertschätzung der Dauerbäder scheine auch in Heidelberg abgenommen zu haben, wie aus einer diesbezügl. Veröffentlichung Beyers hervorgehe. Namentlich mit Rücksicht auf den Kostenpunkt müsse eine Einrichtung sehr vorsichtig aufgenommen werden, die noch nicht genügend geprüft worden sei. Weitere Erfahrungen seien abzuwarten.

Schüle stellt sich auf den Standpunkt des Vorredners. Er vermisst eine detaillierte Beschreibung der Technik der Badebehandlung; es sei nicht hinreichend auf die Schwierigkeit dieser Behandlung eingegangen worden. Er nimmt an, dass die beruhigende Wirkung der Bäder auf eine Depletion des Blutes auf die Haut und Erregung der Nervenendigungen in derselben zurückzuführen sei, kann sich aber nicht vorstellen, wie die zur Wirksamkeit wahrscheinlich notwendige, völlig gleichmässige Temperierung des Wassers in der geschilderten Weise erreicht werden könnte. Er verteidigt die Notwendigkeit und den Nutzen vorübergehender Isolierung; da die Kranken selbst nicht selten um die Isolierung bäten, erfordere es schon die Milde und Humanität, ihrem Wunsche zu willfahren.

Alzheimer empfiehlt aus eigener Erfahrung die Anwendung der Dauerbäder, auch für die Nacht. Die Schwierigkeiten seien gering. Natürlich müsse erst eine Gewöhnung und Einarbeitung durch Wartepersonal und Aerzte erfolgen. Ersparnisse würden freilich nicht gemacht, obgleich Kleider, Bettwäsche eine Schonung erhielten. Der gegenwärtige allgemeine Zustand auf der unruhigen Abteilung in Frankfurt, namentlich morgens, sei nicht zu vergleichen mit dem Zustande vor der Badebehandlung. Ruhe und Reinlichkeit werden jetzt in weit höherem Grade gewahrt. Namentlich die manischen Kranken gewinnen einen grossen Vorteil. Ihre Erregungszustände werden ohne Zweifel gemildert und abgekürzt. Die Beobachtung ist eine bessere, als in der Zelle. Der Arzt wird genötigt, auch nachts Kontrolle zu üben.

Kreuser spricht sich im Ganzen ablehnend aus. Nach seiner, freilich geringen Erfahrung sei der Erfolg der Badebehandlung kein gleichmässiger.

Beyer: Fürstner habe ihn hinsichtlich des citierten Aufsatzes („Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken, Centralbl. f. N. u. Ps. Jan. 1899) missverstanden. Er habe bei seiner Anmerkung überhaupt keine therapeutische, sondern eine differentialdiagnostische Frage im Auge gehabt.

Biberbach schliesst sich Alzheimer in dieser Frage an. Er kann bestätigen, dass die Anfälle Manischer leichter und kürzer verlaufen und sieht die günstige Wirkung der Bäder in Erhöhung des Stoffwechsels und der Nahrungsaufnahme. Er glaubt, dass, abgesehen von dem Preise des Wassers, durch die Badebehandlung infolge Schonung der Fensterscheiben, Kleider und Bettwäsche geradezu Ersparnisse gemacht werden.

Kraepelin verwahrt sich gegen den Einwurf, dass er seine Behauptungen zu voreilig aufstelle. Vor dreizehn Jahren habe er angefangen mit dieser Methode, wie lange solle er mit der Veröffentlichung noch warten? Es ist zwecklos, sich auf Theorieen und Wortstreiterei einzulassen; er ladet die Interessenten ein, sich die Einrichtung und Funktion der Bäder in Heidelberg anzusehen. Jeder Assistent und längere Besucher der Anstalt hat sich von der Zweckmässigkeit dieser Methode überzeugt; das kann kein Zufall sein.

Ludwig frägt Alzheimer, wieviel Kranke seither in Frankfurt mit Dauerbädern behandelt worden sind.

Alzheimer: Seit zwei Jahren sind tagsüber, seit einem halben Jahre auch in der Nacht Dauerbäder in Anwendung gekommen. Es befinden sich durchschnittlich zwölf Kranke täglich im Bade.

3) **Haardt** (Emmendingen): Die neuen Aufnahme- und Ueberwachungsabteilungen der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen.

Haardt hebt die praktische Bedeutung der Wachabteilungen für die moderne Irrenpflege hervor. Die Frage derselben wird immer wieder aktuell bei Anstaltsneubauten und Veränderungen älterer Anstalten. Vortragender demonstriert dann die Pläne der Emmendinger Anstalt, die bereits 1896 entworfen und jetzt ausgeführt worden sind.

In der jetzt einhalb- resp. einjährigen Dauer des Betriebes haben sich die neuen Abteilungen gut bewährt.

Bei der Bauausführung sind in erster Linie ärztliche Gesichtspunkte massgebend gewesen. Durch die Fürsorge des badischen Ministerium des Innern resp. dessen Medizinalreferenten war die Leitung der Bauten in die Hände des Arztes gelegt und der Architekt kam in verständiger Weise den Intentionen desselben nach. (Autoreferat.)

Der Vorsitzende spricht dem Redner seinen Glückwunsch für die Gewinnung des schönen Baues aus. Eine Diskussion erfolgt nicht.

4) **Dr. Neumann** (Karlsruhe): Volksheilstätten für Nervenkranke.

Den Anlass zu einer erneuten Besprechung des schon öfter erörterten Themas gab eine Umfrage des badischen Ministeriums an verschiedene Stadtverwaltungen des Grossherzogtums, wie es nach den Verhältnissen des Landes mit dem Bedürfnisse nach einer für Minderbemittelte und Unbemittelte bestimmten Nervenheilstätte bestellt sei. — Die Forderung von Volksheilstätten für Nervenkranke, bereits vor 10 Jahren von Benda angeregt, hat seitdem nicht aufgehört,

aus der Mitte der Fachkreise immer wiederzukehren, doch steht das, was praktisch erreicht worden ist, hinter dem Angestrebten noch sehr bedeutend zurück.

Von den in der Sache in Betracht kommenden Einzelfragen hält Vortragender von vornherein die Bedürfnisfrage für erledigt. Diese kann nach der allgemeinen Erfahrung nur im bejahenden Sinne beantwortet werden. Statistisches Material darüber liefern frühere Publikationen zur Genüge. Bezüglich der zur Aufnahme geeigneten Krankheitsformen wird eine Einigung schwerer zu erzielen sein. Nach der Ansicht des Vortragenden sollen Geisteskranke und schwere Epileptiker von der Aufnahme ausgeschlossen sein, desgleichen solche organisch Erkrankte, die völlig und dauernd fremder Hilfe und Wartung bedürftig sind. Bezüglich leichter Fälle von Epilepsie und der leichteren Depressionszustände, sowie der nicht völlig hilflosen organisch-nervös Erkrankten ist es am ratsamsten, dem jeweiligen Ermessen des Anstaltsleiters einigen Spielraum zu lassen. — Den Hauptbestand werden die nervös Erschöpften, die Neurastheniker und Hysterischen bilden. Besonderen Wert legt Vortragender darauf, dass auch die Anämischen und Chlorotischen eine Stätte in den Anstalten finden. — Hinsichtlich der Geschlechter ist Vortragender der Ansicht, dass die Notwendigkeit von Nervenheilstätten für das weibliche Geschlecht zum mindesten in gleichem, wenn nicht noch höherem Masse besteht als für das männliche. Die Errichtung geschlechtlich getrennter Anstalten ist aus verschiedenen Gründen wünschenswert, wird aber vielleicht am Kostenpunkt scheitern. — Was die event. Angliederung der zu errichtenden Anstalten an schon bestehende Einrichtungen betrifft, so hält Vortragender den Anschluss an die städtischen Krankenhäuser, die Universitätskliniken und die Irrenanstalten für unzweckmässig, hingegen die Verbindung mit einzelnen der vorhandenen ländlichen Rekonvaleszentenhäuser für durchaus rationell und durchführbar. — Der wichtigste Punkt in der ganzen Heilstättenbewegung ist natürlich die Deckungsfrage. In Betracht kommen Staat, Gemeinden, Krankenversicherungsanstalten (Kassen, Invaliditätsversicherungen, Berufsgenossenschaften) und endlich Vereinigungen von Privatpersonen. Alle werden sich zu beteiligen haben. Aber während der Staat und die genannten öffentlichen Verbände sich der Unbemittelten, d. h. wohl im grossen und ganzen der gesetzlich Versicherungspflichtigen anzunehmen haben werden, muss für den mindervermögenden Mittelstand in erster Linie die private Wohlthätigkeit bezw. das private Unternehmen eintreten. Auf die Notwendigkeit von Mittelstandssanatorien wird vom Vortragenden ganz besonders hingewiesen. Zum Schlusse macht er den Vorschlag, die Versammlung möge nach dem Beispiele des rheinländischen psychiatrischen Vereins aus ihrer Mitte eine Kommission mit der Aufgabe betrauen, die Heilstättenbewegung im geographischen Bereiche der Versammlung zu fördern. (Autoreferat.)

Ludwig teilt mit, dass der Hessische Hilfsverein sich des Gegenstands schon bemächtigt hat und von beteiligten Kassen 9000 Mk. zur Verfügung gestellt bekommen hat, um Erfahrungen in dieser Frage zu sammeln. Einige Landesversicherungen haben sich in Hessen der in Rede stehenden Kranken angenommen und dieselben in Genesungsheime geschickt. Es sind gute Erfahrungen gemacht worden, die Kranken sind meist arbeitsfähig geworden, der Prozentsatz der zu stellenden Invalidenrenten sank. Unter allen Umständen muss die freiwillige Vereinsthätigkeit die Sache in die Hand nehmen. Es ist dem Staate erst der Beweis zu liefern, dass die Ausführung des Planes möglich ist, dann kann und wird auch der Staat sich beteiligen. Vor allen Dingen soll die

Gemeindeleitung ausser Spiel gelassen werden, solche Kranken gehören nicht in die Gemeindebücher. Eine strenge Trennung der Geschlechter ist durchzuführen, da die notwendige Freiheit der Bewegung und gemeinsame Erfahrungen und Charakterzüge der Kranken leicht zu unerwünschten Beziehungen führen können.

Friedmann: Der Gedanke des Vortragenden ist ihm sympathisch. Während selbst für die schwer arbeitenden Hände durch Krankenkassen u. dergl. gesorgt ist, so ist der kleine Mittelstand übel daran. Die Krankenkassen in Mannheim haben einen ähnlichen Weg beschritten, indem sie die in Rede stehenden Kranken in Pensionaten, kleinen Gasthäusern u. dergl. gegen einen billigen Kostsatz unterzubringen suchen. Die private Wohlthätigkeit in hinreichendem Masse mobil zu machen, ist zu schwierig. Mehr empfiehlt es sich, die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften von autorisativer Seite her über die Wichtigkeit der Frage zu belehren. Es ist notwendig, eine Auswahl zu treffen, einerseits nach der Würdigkeit der Kranken, andererseits nach Ständen. Es sind auseinanderzuhalten die eigentlichen Volkssanatorien und die Sanatorien für den unbemittelten kleinen Bürger. Friedmann formuliert einen Antrag dahin: Es werde von der Versammlung eine Kommission ernannt, welche im Sinne der in Rede stehenden Fragen zu wirken hat und nach 1—2 Jahren der Versammlung über ihre Thätigkeit Bericht erstattet.

Alzheimer: In Frankfurt ist der Bau einer Anstalt für etwa 70 Nervenkranke im Werke. Es ist ein Gut mit Waldbestand angekauft worden, an dessen einer Seite das Sanatorium zu liegen kommt, während auf der andern Seite ein Pavillon für 20 chronisch Geisteskranke errichtet werden soll. Beide Anstalten werden der Direktion der Frankfurter Irrenanstalt unterstellt werden.

Smith wünscht Verbindung solcher Heilstätten mit Trinkeranstalten.

Wildermuth will diese Sanatorien fernhalten von der Verbindung mit Irrenanstalt und Potatoren, weil dies den ganzen Gegenstand von vornherein nur in Misskredit bringt. Die Humanität fordert aber, die schwer organisch Kranken von der Aufnahme nicht auszuschliessen. W. will besondere Anstalten für unbemittelte Kranke gebaut wissen; er spricht sich auch für die Trennung der Geschlechter aus.

Fürstner: Die Diskussion hat sich von dem Antrage des Vortragenden entfernt. Die nächste Frage ist nur, was die gegenwärtige Versammlung und der anwesende Verein zu thun beabsichtigen. Vielleicht ist es zweckmässig, eine Kommission zu ernennen, welche dem Verein das zum Beschlusse notwendige Material unterbreitet. F. will gleichfalls organisch Erkrankte nicht aus schliessen; das Bedürfnis ist hier grösser als man denkt.

Gaupp weist im Anschluss an die Ausführungen Ludwigs darauf hin, dass der Weg einer Anstaltsbehandlung Nervenkranker vermittelst Inanspruchnahme der Landesversicherungsanstalten bereits beschritten wird und zwar mit gutem Erfolge. So schickt z. B. die Landesversicherungsanstalt Schlesien schon seit längerer Zeit solche Nervöse, die schon erwerbsunfähig geworden sind oder es zu werden drohen, auf mehrere Wochen oder Monate in ihre Genesungshäuser. Dort werden viele wieder arbeitsfähig und die erzielten Erfolge haben der schlesischen Landesversicherungsanstalt sogar den Gedanken nahegelegt, eine besondere Nervenheilstätte zu bauen. Wenn in Schlesien ein Versicherungspflichtiger nervenkrank wird, so kann er jederzeit die Uebernahme des Heilverfahrens in einem Krankenhaus oder Genesungsheim beantragen. Ob diesem Antrag stattgegeben wird, das hängt namentlich von dem Ergebnis der

Untersuchung der Kranken durch den Vertrauensarzt ab. Hier ist also ein vielversprechender Weg vorhanden. Sind einmal genügende Erfahrungen gesammelt, so werden die grösseren und reicheren Versicherungsanstalten gewiss nicht zögern, die Anstaltsbehandlung der nervös erschöpften, aber noch erholungsfähigen Kranken selbst in die Hand zu nehmen.

Auf eine Anfrage, welche Erfahrungen Lähr hinsichtlich der Beschäftigung als therapeutisches Hilfsmittel gemacht habe, teilt Fürstner mit, dass Lähr gute Erfahrungen damit gemacht hat. Er hält es nicht für thunlich, die Unfallkranken, zumal die weiblichen, auszuschliessen. Es ist sehr schwer, diese Kranken in anderer Weise unterzubringen.

Schüle kommt auf den Antrag Friedmann zurück und empfiehlt demgemäss, dass der Verein südwest-deutscher Irrenärzte in aller Form seine Zustimmung ausspreche zu den Bestrebungen der badischen Regierung in Bezug auf die Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke.

Kraepelin stellt den Gegenantrag, dass in Form eines Referates der Versammlung im nächsten Jahre über diese Frage Bericht zu erstatten sei, damit ein jeder sich über diese Frage vor einem endgültigen Beschlusse eine Ansicht bilden könne. Er schlägt die Ernennung von zwei Referenten vor.

Ludwig erklärt nach Zustimmung der Versammlung den Antrag Kraepelins für angenommen und schlägt zu Referenten die Herren Wildermuth und Neumann vor, welche sich dazu bereit erklären. Ludwig spricht sich gegen die Trennung von Anstalten für Bemittelte und Unbemittelte aus.

---

2. Sitzung: 3. November, morgens 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Fürstner.

Der Vorsitzende macht der Versammlung die traurige Mitteilung von dem Tode des Herrn Direktor Binder (Zwiefalten). Da Fürstner verhindert ist, der Versammlung bis zum Schlusse beizuwohnen, bittet er Herrn Vorster, nach ihm den Vorsitz zu übernehmen. Als Ort für die Zusammenkunft der südwestdeutschen Psychiater wird für das nächste Jahr Stuttgart bestimmt. Zu Geschäftsführern werden die Herren Wildermuth (Stuttgart) und Fauser ernannt.

5) **Gaupp** (Heidelberg): Die Dipsomanie.

Nach einigen einleitenden Worten giebt der Vortragende zunächst eine Begriffsbestimmung der Dipsomanie. Sie ist gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten eigentümlicher Zustände, in denen nach Vorausgehen einer depressiven Gemütsverstimmung der unwillkürliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint. Der Trinktrieb führt zu heftigen Ausschweifungen, geht mit einer mehr oder weniger tiefen Bewusstseinstrübung einher oder löst allmählich eine solche aus, bis nach Tagen oder Wochen der Anfall von selbst sein Ende findet. Die periodischen Gemütsverstimmungen treten ohne erkennbaren Anlass ein. Die Krankheit verschlimmert sich meist und führt oft zum chronischen Alkoholismus.

Nach dieser Begriffsbestimmung giebt Gaupp eine kurze historische Übersicht über die Entwicklung der Dipsomanielehre, wobei er namentlich klarlegt, wie die fortschreitende klinische Erfahrung immer mehr zur Auffassung der Krankheit als einer epileptischen Störung drängte. Dabei wird die Frage nach der Umgrenzung des Begriffes der Epilepsie, nach der Existenz einer rein psychischen Epilepsie im Sinn von Falret und Samt wiederholt gestreift.

Gaupp ist auf Grund umfangreicher eigener Untersuchungen und eingehender Litteraturstudien zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Dipsomanie stets ein Symptom der Epilepsie ist. Er setzt die Gründe für diese Annahme auseinander, berichtet in Kürze über das Ergebnis seiner eigenen Untersuchungen, das er am Schlusse folgendermassen zusammenfasst: Ein Ueberblick über die ganze Reihe der beobachteten Krankheitsfälle zeigte uns, dass am einen Ende der Kette der Epileptiker steht, der neben anderen Zeichen seines Leidens auch periodische Verstimmungen aufweist, am anderen Ende der Dipsomane, bei dem die periodische Verstimmung mit ihrem konsekutiven Trinktrieb das einzige Symptom darstellt, dass aber zwischen diesen beiden extremen Formen sich alle möglichen Uebergänge finden.

Im 2. Teil seiner Ausführungen schildert Gaupp das klinische Bild der Dipsomanie, den Verlauf der einzelnen Anfälle, die Getränke der Dipsomanen nach Art und Menge, das Ausbleiben der Lähmungssymptome trotz enormer Exzesse, den Uebergang der Verstimmung in einen Dämmerzustand, das gelegentliche Auftreten eines mit epileptischen Zügen vermischten Alkoholdelirs, den Verlauf des Anfalls bei Abstinenz im Schutz der Anstalt, die psychische Persönlichkeit des Quartalsäufers ausserhalb der Trinkanfälle. Dann bespricht der Vortragende die Diagnose der Dipsomanie, namentlich ihre Unterscheidung vom einfachen Alkoholismus, erörtert die Frage der sogenannten Pseudodipsomanie und geht weiterhin zur Schilderung der Ursachen über. Die Bedeutung der erblichen Belastung wird hervorgehoben, der Einfluss von Kopftrauma, organischer Gehirnerkrankung, chronischem Alkoholismus besprochen. In der Frage, wie weit die weiblichen Generationsvorgänge ätiologisch wirksam sind, nimmt Gaupp einen skeptischen Standpunkt ein, wobei er namentlich darauf hinweist, dass hier vieles als Dipsomanie bezeichnet wird, was nicht dazu gehört.

Die Prognose der Dipsomanie wird als meist ungünstig geschildert, da es selten gelingt, die Alkoholabstinenz während der Zwischenzeiten bei den Kranken durchzusetzen. Bei der Besprechung der Behandlung wird auf die Notwendigkeit dieser Abstinenz hingewiesen und eine länger dauernde Anstaltsbehandlung empfohlen. Daran schliesst sich eine Erörterung über die Mittel und Wege zur Bekämpfung des Anfalls selbst (Brom, Sulfonal, Bettruhe, Selbsthilfe). Anhangsweise wird der Ansichten Smiths gedacht, der die Dipsomanie als Herzepilepsie bezeichnet und sie aus periodischen Herzerweiterungen erklärt. Die Richtigkeit dieser Ansicht lässt Gaupp mangels hinreichender eigner Erfahrungen dahingestellt, erkennt jedoch die Gründe, welche Smith gegen die epileptische Natur der Dipsomanie anführt, nicht an. Er betont nochmals, dass nach seinen Forschungsergebnissen die periodische Trunksucht als ein psychisch-epileptisches Aequivalent anzusehen ist und dass kein Grund vorliegt, den Epilepsiebegriff, welchen wir Falret, Morel, Trousseau und Samt verdanken, fallen zu lassen.*)

Bezzola giebt zu, dass Dipsomanie häufig auf epileptische Grundlage zurückzuführen ist. Doch kennt er Fälle, welche keinerlei epileptische Zeichen, auch keine periodischen Verstimmungen aufweisen. Das Symptom der Periodizität ist ein sehr allgemeines, tritt es doch auch bei Gesunden, namentlich in Bezug auf sexuelle Verhältnisse deutlich hervor. Vor allem aber ist die Periodizität dem chronischen Alkoholismus und der Psychopathie überhaupt

*) Vergl. die bereits veröffentlichte Monographie: R. Gaupp, die Dipsomanie. Eine klinische Studie. Jena 1901.

eigen. Es giebt fliessende Uebergänge zwischen periodischen Verschlimmerungen des chronischen Alkoholismus und echter Dipsomanie. Bei allen Dipsomanen ist Heredität nachzuweisen. Die Hauptursache der Dipsomanie liegt in dem Moment der Periodizität auf dem Boden hereditär erworbener Psychopathie. Es ist nicht richtig, alle periodischen Verstimmungen als epileptisch zu bezeichnen.

Biberbach teilt zwei Fälle von Dipsomanie mit, in deren Verwandtschaft mehrfach Epilepsie vorgekommen war.

Fauser macht aufmerksam auf die Seltenheit der Dipsomanie gegenüber der Häufigkeit des chronischen Alkoholismus. In einer Reihe von Fällen glaubt er „Verstimmungen" hinreichend aus den Gemütsschwankungen chronischer Alkoholisten erklären zu können.

Smith führt die Dipsomanie auf periodische Herzerweiterung zurück, welche sich durch Röntgenphotographie sowie durch Pulskurven sehr deutlich machen lasse, auch ex juvantibus, insofern durch elektrische Bäder, welche das Herz beeinflussen, eine Verkürzung der Anfälle erzielt wird. Redner giebt Kurven und andere Zeichnungen herum. Er kündigt zur Tagesordnung noch einen Vortrag an.

Gaupp stimmt mit Bezzola darin überein, dass die erbliche Belastung des Dipsomanen die Regel ist. Aber sie ist eben nicht ohne Ausnahme. Und da sich der nicht belastete Dipsomane in nichts vom belasteten unterscheidet, so vermag er in der Belastung keinen notwendigen Bestandteil des klinischen Bildes zu sehen. Wenn aber schwere chronische Alkoholisten in ihren Trinkexzessen ebenfalls eine gewisse Periodizität zeigen, wie Herr Bezzola sagt, so möchte er glauben, dass dann bei einer solchen Veränderung des Alkoholismus ein gewisses epileptisches Moment mitspielt. Der chronische Alkoholgenuss hat in den belasteten Trinkern eine rudimentäre Epilepsie geweckt, die zu periodischen Schwankungen der degenerativen Erscheinungen führt. Dagegen vermag er nicht anzuerkennen, dass spontane periodische Verstimmungen vom Charakter der epileptischen und dipsomanischen Depressionen auf anderer als epileptischer Grundlage vorkommen; der Entartung als solcher sind sie nicht eigen.

6) **Friedmann** (Mannheim): Ueber Zwangsvorstellungen und fixe Ideen.

Seit der Umgrenzung der „Zwangsideenpsychose" durch Krafft-Ebing und Westphal ist die Lehre von den Zwangsvorstellungen zwar durch eine recht grosse und noch andauernd wachsende Zahl symptomatischer Unterformen erweitert worden, aber sie ist dadurch nicht etwa zu klarerer Erkenntnis gelangt, sondern im Gegenteil eher verworren und mindestens schwieriger verständlich geworden. Bekanntlich hatte die ursprüngliche Definition Westphals, welche sich durch unübertrefflich scharfsinnige Präzision auszeichnete, drei, resp. vier Hauptkriterien des Symptoms festgestellt: normale Intelligenz und Abwesenheit eines primären Affektes, zwangsmässiges Sicheindrängen der Vorstellungen gegen den Willen der Person und Erkenntnis der Fremdartigkeit und Abnormität der Vorstellung durch den Patienten selbst. Bei dem grösseren Teile der nur symptomatisch, zumeist bei den allgemeinen Neurosen, auftretenden Zwangsideen, den sogen. „emotiven" Formen, indessen bestand ein primärer Affekt der ängstlichen oder doch jedenfalls der nervösen Erregtheit, und die Vorstellungen selbst wurden nicht in der Regel als abnorm und fremdartig erkannt, sondern nur die Widerwärtigkeit der zwangsweisen Beschäftigung mit

ihnen wurde von Kranken zugegeben. Nun liess aber die Definition völlig im Stich, wenn man fragte, ob solche Abweichungen noch mit dem generellen Begriffe des Symptoms verträglich seien; sie versagte zweitens in noch peinlicherer Weise, wenn man bei der immer laxer werdenden Anwendung des Zwangsbegriffes auf die verschienartigsten „Zwangszustände“ — und dies speziell auf dem Gebiete der abnormen Impulse und Triebe! — versuchen wollte, irgendwo eine Grenze zu ziehen; und sie gewährte drittens keine theoretische Einsicht in das Wesen und die Genese des Symptoms, ein Mangel, der besonders dadurch grell fühlbar wurde, dass es gar nicht recht gelingen wollte, die Zwangsidee durch ein kurzes Kriterium von der fixen Idee und der Wahnidee zu unterscheiden.

Der Grund für das alles lag darin, dass jene Begriffsbestimmung thatsächlich nur den scharf umrissenen Kern einer Habitusschilderung darbietet, welche von der Symptomatologie der reinen Zwangsideenpsychose abgezogen war; und es war auch deshalb ein lediglich trügerisches Auskunftsmittel, wenn man neuerdings zu wiederholten Malen zur Heilung jener Schäden den Grundsatz aufstellte, man solle nur noch die scharfe und klare Definition Westphals als gültig anerkennen. Denn damit wäre allen emotiven Formen samt und sonders die Unterkunft entzogen gewesen. Dann hat man aber zweitens in der That, fast ohne es zu wissen, eine wahre Theorie des Symptoms besessen und überall angewendet, eine Theorie, welche annahm, dass der Vorstellungszwang nicht nur das Wesentliche des Symptoms sei, sondern auch dass er auf einem primären, sozusagen krampfhaft gesteigerten Auftauchen der betreffenden Vorstellungen beruhe. Statt aufzutauchen hätten diese dann vielmehr ein Aufdrängen, ein Empordrängen dargeboten. Wenn nun auch wirklich etwas dem Aehnliches bei einer gewissen seltenen Form des Zwangsdenkens in Phantasiebildern vorkommt und ferner bei einem Teile der Zwangsimpulse, z. B. den sogen. impulsiven Tics, so kann F. dies doch nicht mehr zugeben für die eigentlichen und typischen Formen der Zwangsideen.

Der Haupteinwand, welcher gegen diese Lehre zu erheben ist, gründet sich darauf, dass, was bisher auffälliger Weise übersehen wurde, durchaus nicht jede Vorstellung an sich fähig ist, zur Zwangsidee zu werden, oder noch schärfer ausgedrückt, dass die Zwangsidee überhaupt nicht lediglich und pure eine Vorstellung repräsentiert, sondern vielmehr eine bestimmte logische Denkform darstellt. Der reine Typus der Vorstellung, die einfache Erinnerung eines Geschehnisses eignet sich sonach nicht zur Formierung einer Zwangsidee. Hat jemand einen noch so grässlichen Anblick erlebt, z. B. einen ihm wohlbekannten Selbstmörder unvermutet gesehen, ja sogar — was noch erstaunlicher — hat er einen Eisenbahnunfall selbst mitmachen müssen, so kann er ja gewiss dadurch in jeder Weise nervös werden, aber die Erinnerung selbst verblasst nach der Erfahrung F.'s in normalen Zeiträumen und jedenfalls nimmt sie nicht stetig an Intensität zu, wie das der Zwangsidee eigen sein würde. Auch Vergangenes kann freilich da und dort das Material zur Zwangsidee liefern, indessen nur vermöge der spezifischen Umgestaltung, dass daraus eine Furcht und Sorge für die Zukunft entsteht, z. B. einen neuen Eisenbahnunfall zu erleben oder infolge desselben dauernd dem Siechtum zu verfallen. — Die zweite Ideenform, welche nicht zur Zwangsvorstellung wird, ist die fixe Idee und die Wahnidee. Natürlich occupiert diese ihren Träger intensiv genug, aber doch nicht anders als dies jede andere lebenswichtige Sache bei einem ohnehin

erregten Menschen thut, sie drängt nicht so unvernünftig brutal, nicht so „formal“ (Hoche), d. h. nicht so vom Inhalte der Idee unabhängig. Auch sie aber kann sich ganz ebenso wie die einfache Erinnerung zur Zwangsvorstellung umwandeln, wenn sie ebenfalls in die Zukunft schaut. Das geschieht, wenn eine „Erwartungsangst“ ein wesentliches Element der Idee ist, wie bei einer stürmischeren hypochondrischen Sorge oder bei einer wesentlich in die Zukunft gerichteten melancholischen Wahnidee, z. B. der Angst vor dem völligen Geschäftsbankerott.

Bezeichnet man den Unterschied zwischen der Zwangsidee und der fixen Idee noch präziser in der Fassung der Logik, so muss man sagen, dass die letztere ein fertig abgeschlossenes Urteil in sich schliesst, während die Zwangsidee ein des logischen Abschlusses unfähiges Urteil oder einen solchen Denkvorgang darstellt. Alle des Abschlusses unfähigen Denkvorgänge nun, und zwar die Sorgen und Befürchtungen, die Zweifel, die Erwartung und die überhaupt isolierten und unverstandenen Vorstellungen, irritieren und verfolgen ihren Träger schon an und für sich und in der Norm. Bei allen ist es die Ungewissheit, die peinigt, sei es dass die bedenkliche Zukunft, sei es dass die Lösung eines Problems verschlossen bleibt. Wie kommt das zustande? Die isoliert bleibende Vorstellung ist ein logisches Unding. Denn für alles reflektierende Denken besteht ein doppeltes Gesetz, dasjenige des Assoziationszwanges und das Gesetz des Fortschreitens, des Wechsels der Denkobjekte. Daher der Kausalitätstrieb, die Warum-Fragen der Kinder, der Affekt der Spannung, Neugier, Verlegenheit und der Furcht angesichts alles Unbekannten und Unverstandenen, sowie dieses überhaupt die Aufmerksamkeit zu fesseln imstande ist. Der Vorgang des daraus resultierenden Vorstellungszwanges ist am klarsten und schematisch einfach bei der Erwartung zu erkennen. Die Vorstellung des Erwarteten, des als kommend Angesehenen pocht förmlich an die Pforten des Bewusstseins und lässt kaum Raum für ein anderes Denken. Der endliche Eintritt eines selbst schmerzlichen Ereignisses wirkt daher befreiend und lässt nun geistige „Sammlung“ zu, d. h. das Fortschreiten des regelrechten Gedankenablaufs. Infolge der so sich ereignenden stetigen identischen Wiederholung der gleichen Vorstellung nun entsteht jene vom Kitzel her bekannte Ueberreizung des Gehirns, welche immer durch monoton sich folgende Reize erzeugt wird. In milderen Graden resultiert daraus der Affekt der „Ungeduld“, in höheren eine förmliche Marter des Geistes, d. i. eben der peinigende Effekt des formalen Drängens der Vorstellungen.

Mit dem Gesagten ist die normale Analogie und Grundlage der Zwangsvorstellung bezeichnet. Der Zwangsimpuls dagegen beruht auf viel komplizierteren und wesentlich anderen Grundlagen. Wie aber gestaltet sich jene Denkform zum pathologischen Symptom? Durch drei differente Momente kann dies geschehen: entweder wird die Intensität des Affekts und des Zwangs direkt und wesentlich gesteigert, indem eine an sich nicht unberechtigte Sorge ganz unerträglich stark empfunden wird und dann den entwickelten Denkgesetzen zufolge auch entsprechend stürmisch das Bewusstsein bedrängt (emotive Form). Oder aber zweitens durch die lähmende Wirkung der reizbaren Schwäche bei nervöser Ueberreizung wird der Abschluss eines Denkprozesses und eines Vorhabens gehemmt und vereitelt, besonders dann, wenn einmal ein eklatantes Misslingen stattgehabt hatte. So entsteht das Heer der sogen. Phobien. Oder als eine Abart dieser Form können sich besonders

starke Zweifel und Bedenken bezüglich der Konsequenzen einer Handlung erheben; und dies ist oft am stärksten da, wo die Handlung flüchtig und mechanisch ausgeführt wurde, sodass der Patient sich keine ordentliche Rechenschaft davon geben kann: die Irrtumsangst. Oder wieder drittens jenes Grundgesetz ist hochgradig gestört, welches den Trieb des Gedankenablaufs zum Wechsel der Denkobjekte und zum Fortschreiten bestimmt, das Denken ist ein klebendes. Auch dann hält es sich besonders da auf, wo auch der Normale schwer den Abschluss findet, nur sind die Zweifel und Sorgen auf Schritt und Tritt vorhanden, durch das allgemeine Hemmnis tritt das Festkleben auch bei den kleinlichsten Problemen ein. Das ist der Grübelzwang und überhaupt die Form des Zwangsdenkens in der Zwangsideenpsychose. (Besonders klassisches Beispiel dafür ist der I. Fall in der Tuczek'schen Publikation Berl. klin. Wochenschrift 1899.)

Keine Diskussion.

7) **Nissl** (Heidelberg): Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.*)

Fürstner: Man fasst den Begriff funktionell heutzutage keineswegs in dem Sinne auf, wie ihn Nissl in seiner Polemik verstanden hat. Man versteht nur die Thatsache darunter, dass manchen geistigen Störungen Vorgänge zu Grunde liegen, welche anatomisch nicht nachzuweisen sind. Seine Auffassung und häufige Diagnose der Hysterie, welche doch wohl bei den Fällen vor 90 gemeint sei, wurde bestimmt durch die Notwendigkeit einer Rubrikation. Wie sollte man sonst diese Fälle mit körperlichen Erscheinungen unterbringen?

Gaupp: Die Ausführungen des Herrn Vortragenden erregen in mancher Beziehung gewisse Bedenken. Es soll hier nur kurz auf einen Punkt hingewiesen werden: Dass für die Hysterie der Satz nicht gelten kann, die psychologische Betrachtungsweise sei zu verwerfen, wird sofort klar, wenn wir an die Therapie dieser Krankheit denken. Hysterische Symptome heilen wir auf rein psychologischem Wege; die psychologische Analyse giebt uns den Fingerzeig, wie wir den rechten Weg zur Beseitigung der Krankheitsäusserungen finden können. Die anatomische Betrachtung hilft uns hier gar nichts. Psychogene Störungen müssen psychologisch verstanden und behandelt werden; dadurch aber unterscheidet sich die Hysterie von anderen psychischen Krankheitsprozessen. Keine noch so weit vorgeschrittene anatomische Forschung wird uns je die psychologische Analyse und Therapie der Hysterie überflüssig machen.

Friedmann: Es ist misslich, von vornherein irgend eine Forschungsmethode verbieten zu wollen; man muss doch auf allen Wegen versuchen, zum Ziele zu kommen. F. weist auf seinen eben gehaltenen Vortrag hin als Beispiel dafür, dass man auf dem psychologischen Wege dem Wesen der Geisteskrankheiten näher kommen hönne. Dass man dabei von dem eigenen Ich ausgeht, ist wohl selbstverständlich.

8) **Bartels** (Strassburg): Ueber endophlebitische Wucherungen im Zentralnervensystem und seinen Häuten.

Bartels demonstriert mikroskopische Präparate und Zeichnungen von solchen. Es handelte sich um einige bisher in der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems wie anderer Organe nicht bekannte endophlebitische

*) Der Vortrag ist in diesem Heft in extenso wiedergegeben. (S. 1—37.)

Wucherungen. Klinisch bot der Fall bei einer 33jährigen Frau (Anamnese ohne Belang) Konvulsionen in allen Extremitäten mit nachfolgenden Paresen, starke Bewusstseinstrübungen, unter freien Intervallen $3^1/_2$ Monate andauernd. Exitus unter dreitägigen Konvulsionen nach fast einmonatlicher Pause. Dabei Erbrechen, Kopfschmerz, Stauungspapille. Die Sektion ergab makroskopisch punktierte Hämorrhagieen in beiden inneren Kapseln und Stammganglien, sowie in der Rinde des linken Schläfen-Occipitallappens. Das Rückenmark und seine Häute durchaus normal. Mikroskopisch: Diffuse kleinzellige Infiltration des Gehirns, Rückenmarks und ihrer Häute. Die Blutungen sind kapillarer Natur. Die Arterien zeigten meist Periarteriitis, während Muscularis und Intima stets intakt waren, dagegen weisen die Venen neben Periphlebitis und Phlebitis eine im ganzen Zentralnervensystem verbreitete Endophlebitis epitheloider Natur auf. Die Endophlebitis tritt teils in der Form kleiner Buckel auf, etwa von der halben Grösse eines Nierenglomerulus, teils mehr gleichmässig die Intima verdickend. Sie findet sich an mittleren und kleinsten Venen, die zum Teil keine Elastika besitzen. Eine dritte Form zeigt durchaus den Typus der Heubner'schen Endarteriitis. Die buckelförmige Intimawucherung herrscht vor. Streckenweise verschmelzen mehrere solcher Buckel. Das Lumen der Gefässe ist verengt, ja verschlossen. Niemals findet sich, selbst wenn nur ein kapillärer Spalt freigeblieben ist, Thrombose. Der Ausgangsort der Wucherung ist zweifelhaft. Die Zellen sind endothelialer Natur. Im Anfangsstadium sind nicht deutlich Zelleeiber abzugrenzen. Später bilden sich Protoplasmaklumpen mit mehreren Kernen, in einzelnen Wucherungen liegen deutliche Riesenzellen. In einem noch späteren Stadium ordnen sich die Kerne wahrscheinlich konzentrisch, die Zelleeiber nehmen Spindelform an, teils durch Ausläufer verbunden ein reticuläres Netzwerk bildend. In einigen Präparaten sieht man, wie neben den Zellen neugebildete Fasern liegen, vielleicht ein elastisches Gewebe bildend. Aus der circumskripten Buckelform scheint hervorzugehen, dass die Vasa vasorum den Reiz an das Endothel bringen. Die Aetiologie ist nicht mit Sicherheit festzustellen, da die Anamnese und der übrige Sektionsbefund keine Anhaltspunkte ergeben.

Bartels nimmt Syphilis als wahrscheinlich an an der Hand der Fälle in der Litteratur, bei denen die übrigen Erscheinungen im Zentralnervensystem ähnliche waren. Eine grosszellige Endophlebitis ohne jegliche Endarteriitis beobachtete Rieder konstant im ersten Stadium des syphilitischen Primäraffekts. Diese Beobachtung unterstützt die Annahme, dass Lues als ätiologischer Faktor vorliegt. (Autoreferat).

Keine Diskussion.

Den Vorsitz übernimmt Vorster (Stephansfeld).

Um nicht eine Reihe von Vorträgen ausfallen zu lassen, wird auf Kraepelins Antrag eine dritte Sitzung auf den Nachmittag, 3 Uhr, anberaumt.

9) **Frank** (Münsterlingen): Strafrechtspflege und Psychiatrie.*)

Vortragender greift in scharfen Worten Schäden der modernen Rechtspflege an, welche er in der allgemeinen Unkenntnis und Ignorierung der Psychologie und Psychiatrie bei den massgebenden juristischen Kreisen erblickt. Es wird getadelt, dass den Vertretern juristischer Wissenschaft, speziell des Strafrechts, jede tiefere naturwissenschaftliche Bildung abgeht, obgleich die Richter hin-

*) Der Vortrag ist in der Psychiatrischen Wochenschrift veröffentlicht worden.

sichtlich psychiatrischer Fragen häufig rasch fertige und ausschlaggebende Urteile abgeben, wo der erfahrenste Psychiater Bedenkzeit fordern würde. Es wird ferner getadelt, dass der Fachmann keine hinreichende Präponderanz in der Entscheidung über die einzelnen Fälle erhält. Hat ein unsozialer Geisteskranker glücklich die Instanzen der Polizei, des Gefangenenwärters, des Staatsanwalts und des Richters passiert, so wird er oft ungenügend ausgebildeten Gerichtsärzten und unzulänglichen Medizinalkollegien überantwortet. Die Schuld für diese Missstände tragen jedoch nicht die bona fide handelnden Juristen, sondern die Psychiater, welche die Pflicht haben, ein Uebel zu bekämpfen, dessen Thatsache und Ursache sie allein recht deutlich vor Augen sehen. Vortragender fasst seine Wünsche und Ansichten in den folgenden acht Postulaten zusammen:

1) Wir müssen verlangen, dass bei der Ausbildung von Juristen die Psychologie und Psychiatrie so weit berücksichtigt werden, dass sie als Richter befähigt sind, den Verbrecher wissenschaftlich zu verstehen und fachmännische Gutachten zu würdigen. Es sollten hierzu die Anstaltsdirektoren, besonders natürlich die Universitätsprofessoren besondere praktische Kurse erteilen, wie das durch Professor Kraepelin und Professor von Speyer in Bern schon geschieht.

2) Der Staat hat die Pflicht, da er nur Verbrechen, die in zurechnungsfähigem Zustand begangen werden, ahndet, den Strafprozess nur mit den Garantien sich vollziehen zu lassen, die mit Sicherheit einen Strafvollzug an Unzurechnungsfähigen ausschliessen; dies ist nur dadurch möglich, dass den Untersuchungsbehörden die nötige Zahl wirklicher und erfahrener psychiatrischer Fachmänner beigegeben wird.

Wie es Pflicht des Staates ist, alle erlaubten Mittel anzuwenden, um den Verbrecher in seine Gewalt zu bekommen, so muss es auch seine Pflicht sein, kein Mittel ausser acht zu lassen, um nur den Verbrecher zu verurteilen, der in zurechnungsfähigem Zustand gehandelt hat.

3) Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit kann nur Aufgabe des Psychiaters, niemals des Richters sein. Es ist absolut unzulässig, dass diese Aufgabe Aerzten überwiesen wird, die nicht eine genügende spezielle Ausbildung durch mehrjährige Thätigkeit an einer staatlichen Irrenanstalt genossen haben.

4) Die Untersuchung auf den Geisteszustand eines Angeklagten kann nur in fachmännisch geleiteten Anstalten oder in entsprechenden Abteilungen eines Untersuchungsgefängnisses vorgenommen werden.

5) Die fachmännischen Gutachten unterliegen nicht der freien Würdigung der Richter in so weit, als bei der Versetzung in Anklagezustand nach fachmännischem Beweis Unzurechnungsfähigkeit vorliegt.

6) Die Richter können ein Gutachten ablehnen, müssen aber ein Oberexpertise einholen. Mit der Oberexpertise können nur Fachmänner, event. mit Beiziehung von Juristen, betraut werden.

7) Die Frage der Unzurechnungsfähigkeit wie die der verminderten Zurechnungsfähigkeit kann nicht dem Wahrspruch der Geschworenen überwiesen werden.

8) Jedem Antrage auf Untersuchung des Geisteszustandes eines Angeklagten ist ohne weiteres stattzugeben.

Kraepelin erkennt gewisse Widersprüche in der Rechtspflege an. Er sucht Heilmittel darin, dass man die Juristen zwingt, während ihrer Studien-

zeit oder vor Antritt der praktischen Thätigkeit einen Kursus in der forensischen Psychiatrie durchzumachen, nicht um ihnen Kenntnisse einzupflanzen, sondern um die gewöhnlichen Vorurteile, namentlich auch die Unterschätzung der Schwierigkeit der Sache auszurotten. Er hat die Erfahrung gemacht, dass die Juristen in dieser Hinsicht schon nach wenigen Kollegstunden ihre Ansicht ändern und sogar geneigt sind, dieselbe in das entgegengesetzte Extrem umschlagen zu lassen. Uebrigens liegt die Schuld zum grossen Teil an den Aerzten selber, welche oft durchaus unbefriedigende Gutachten abgeben. Die Ursache hierfür ist in der ungenügenden Betonung des klinischen Standpunktes gegeben. Die klinische Forschung muss stets die Grundlage der forensischen Beurteilung darstellen.

Hoche kann sich nicht damit einverstanden erklären, dass der Psychiater den Juristen vollständig meistert. Die letzte Instanz muss immer der Richter bleiben. Die Aufgabe des Psychiaters ist nur, den Juristen zu beraten und ihm, mit Bezug auf die vorliegende Frage, das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit beizubringen.

Kreuser hält weniger die Fachjuristen, als die Geschworenen für unfähig und ungeeignet, heutzutage dem Psychiater die hinreichende Beachtung zu schenken. Er führt ein Beispiel aus seiner Praxis an.

10) **Sander** (Frankfurt a. M.).: Zur Behandlung der akuten Erregungszustände.*)

Vortragender giebt zunächst eine Uebersicht über die Methoden, wie sie früher und jetzt in den Irrenanstalten bei der Behandlung der akuten Erregungszustände geübt wurden, und schildert sodann die Behandlungsart, wie sie sich in der Frankfurter Irrenanstalt bei den schwersten Formen akuter Erregung im Laufe der letzten Jahre herausgebildet hat. Neben der Bettbehandlung wurden hierbei in umfangreichem Masse hydropathische Prozeduren angewandt, besonders feuchte Einpackungen und Bäder, deren Technik, Indikationen und Kontraindikationen eingehend dargelegt werden. Sehr warm werden von dem Vortragenden die Dauerbäder bei der Behandlung der schweren Erregungszustände empfohlen; ihr grosser Wert zeigt sich besonders dann, wenn sie auch über die Nacht fortgesetzt werden können. Nicht nur bei den akut Erkrankten, sondern auch bei den interkurrenten Erregungszuständen chronischer Kranker haben sie sich als sehr segensreich erwiesen. Die besonderen Einrichtungen, die derartige Dauerbäder für erregte Kranke erfordern, werden eingehend geschildert. Bei umfangreicher Anwendung der hydropathischen Prozeduren kann man der pharmaceutischen Beruhigungsmittel fast völlig entbehren, immerhin leisten sie noch gute Dienste, namentlich in den Fällen, wo es notwendig ist, Kranke bei vorübergehenden Erregungszuständen in ruhiger Umgebung zu halten. Durch Anwendung der Dauerbäder gelingt es, die Isolierung auf ein Minimum einzuschränken, doch giebt es immer vereinzelte Fälle, bei denen sie den mildesten und schonendsten therapeutischen Eingriff darstellt, nachdem alle anderen legalen Mittel erschöpft sind. Bei genügendem Personal und geeigneten baulichen Einrichtungen ist es vielleicht möglich, auch in diesen wenigen Fällen späterhin die Isolierung noch zu vermeiden; die Zahl und Art der aufzunehmenden Kranken spricht dabei das meiste mit. In den schwersten Fällen von Delirium acutum, wo eine absolute Indicatio vitalis besteht und alle anderen therapeutischen Massnahmen nicht

*) Anm. Der Vortrag ist in der Psychiatr. Wochenschr. veröffentlicht worden.

anwendbar sind, sowie in den Fällen, wo das Leben bedrohende chirurgische Affektionen vorhanden sind, und natürlich nur in diesen Fällen ist man zur Anwendung mechanischer Zwangsmittel genötigt. In solchen Fällen aus prinzipiellen Gründen den Zwang zu verwerfen, heisst das Leben des Kranken unnötig opfern. Sehr frühzeitig wird bei den schwersten Erregungszuständen zur Sondenfütterung geschritten, da erfahrungsgemäss bei derartigen Zuständen bei dauernder Unterernährung sehr schnell tödliche Collapse eintreten können. Es wird hierbei die regelmässige Krankenkost (Fleisch, frisches Gemüse u. dgl.) aufs feinste zerhackt und in einer Bouillon verrührt durch die Schlundsonde eingeführt, eine Methode, die sich gegenüber der früher üblichen einseitigen Ernährung aufs beste bewährt hat. Neben der Sondenfütterung werden bei den schwersten Zuständen mit Vorliebe subkutane Kochsalzinfusionen gegeben, die namentlich beim Delirium acutum einen unbestrittenen Wert besitzen. Bei sorgfältiger Asepsis kann man diese auch bei erregten Kranken ohne Gefahr anwenden, wie die zahlreichen Erfahrungen in der Frankfurter Anstalt beweisen. Durch frühzeitige Sondenfütterung in Verbindung mit Kochsalzinfusionen gelingt es, selbst die schwersten Fälle von akuten Erregungszuständen durchzubringen, die bei dem sonst üblichen abwartenden Verhalten mit Sicherheit ad exitum gekommen wären. Alle diese Methoden müssen unterstützt werden durch eine sachgemässe psychische Behandlung, die ihrerseits nur bei geeigneten baulichen Einrichtungen ermöglicht wird. Wenn bei den älteren Anstalten in dieser Hinsicht nicht viel zu erwarten steht, so muss wenigstens verlangt werden, dass bei Neubauten die dem heutigen Stande unserer Wissenschaft entsprechenden Einrichtungen getroffen werden. Vortragender schildert sodann, wie er sich selbst eine solche den modernen Anforderungen entsprechende Abteilung für Unruhige denkt. Dass unter derartig günstigen äusseren Verhältnissen in Verbindung mit einer sachgemässen und streng individuellen Behandlung die Erregungszustände weit milder verlaufen wie früher, wird nur der bezweifeln, der diese Methoden nicht aus eigener Anschauung kennt; ja, es steht zu hoffen, dass hierdurch nicht nur die Symptome gemildert, sondern auch der Krankheitsprozess direkt in günstigem Sinne beeinflusst werden kann. (Autoreferat.)

Kraepelin frägt an, wie häufig sich die Notwendigkeit ergeben hat, zur Zwangsjacke zu greifen. Er ist bisher in den schwierigsten Fällen, namentlich mit Hilfe methodischer feuchter Wickelungen und des Bades, zum Ziel gelangt.

Sander: Innerhalb dreier Jahre bei 8—9 Fällen, von denen vier chirurgisch erkrankt waren.

Alzheimer glaubt sich in einigen Fällen von sogenanntem Delirium acutum in der That ausser Stande, ohne Zwangsjacke auszukommen.

---

3. Sitzung. 3. November, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Kraepelin.

11) **Alzheimer** (Frankfurt a. M.): Ueber atypische Paralysen.

Nachdem uns heute unsere histologischen Kenntnisse erlauben, die paralytische Degeneration von verwandten Krankheitsbildern abzutrennen, wird es uns möglich, verschiedene Formen als atypische Paralysen abzugrenzen. Vordem

musste man noch immer den Einwand gelten lassen, ob wir es bei diesen atypischen Formen auch wirklich mit Paralysen und nicht etwa nur mit ähnlichen Krankheitsformen zu thun haben.

Lissauer hat in einer aus seinem Nachlasse von Storch herausgegebenen Arbeit eine typische und atypische Paralyse unterschieden.

Die von Lissauer als typische Form bezeichnete umfasst wohl 80 % aller Paralysen. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch eine langsam zunehmende, eigenartige Verblödung. Akute Schübe in Form von Anfällen und Erregungszuständen unterbrechen zuweilen den chronischen Verlauf. Der Degenerationsprozess beschränkt sich vorzugsweise auf die vorderen Grosshirnhälften.

Bei der atypischen Paralyse Lissauer's lässt die Degeneration das Stirnhirn relativ frei und es kommt dagegen in mehr oder minder lokalisierten Partien der hinteren Grosshirn-Hälften zu einer ganz besonders weitgehenden Atrophie. Klinisch zeigt die atypische Paralyse einen Verlauf in Schüben. Oft mit Anschluss an apoplectiforme Anfälle auftretende corticale Herdsymptome treten in den Vordergrund. (Meist eine sensorisch-motorische Aphasie, aber auch Alexie, Agraphie, Hemianopsie, Rindenlähmungen.) Die Demenz erreicht erst später erhebliche Grade, sie ist partieller, aus anderen Defekten zusammengesetzt, mehr der Demenz bei Hirnherd-Erkrankungen ähnlich.

Die histologische Untersuchung lässt keinen Zweifel, dass die Gewebsveränderung eine paralytische ist, nicht etwa eine luetische im engeren Sinne. Manchmal können dabei plötzlich wie mit einem Schlag ausgedehnte nervöse Gewebpartien ausser Funktion gesetzt werden und dem Untergang verfallen. In einem Falle hatte sich, ohne dass vorher Krankheitserscheinungen bemerkt worden waren, in wenigen Stunden eine sehr schwere sensorisch-motorische Aphasie entwickelt. Da der Tod schon einige Wochen später eintrat, liess sich durch die Marchimethode der Umfang der Degeneration genau feststellen. In der vorderen Hirnhälfte zeigte sich nur in einzelnen Faserbündeln des tieferen Markes eine grössere Anhäufung von Schollen; sie entsprechen wohl langen Assoziationsbahnen. Dagegen war das Marklager der Schläfen- und Scheitelwindung dicht mit Schollen erfüllt. Der fasciculus longitudinalis inferior z. B. hob sich scharf durch eine dichte Schollenanhäufung von der Umgebung ab.

Während bei der typischen Paralyse fast stets beide Stirnlappen gleich erkrankt sind, ist bei der atypischen Paralyse Lissauer's die hochgradige Atrophie oft auf eine Stirnhälfte beschränkt. Dadurch kommen oft sehr erhebliche Gewichtsunterschiede zwischen beiden Hemisphären zu stande.

Bei der Dementia senilis giebt es übrigens eine der atypischen Paralyse Lissauer's ganz entsprechende atypische Dementia senilis. Hierher gehören die senilen Aphasien.

Da es nicht nur eine, sondern zahlreiche atypische Formen der Paralyse giebt, würde es sich empfehlen, die von Lissauer beschriebene Form nicht kurzweg als atypische Paralyse, sondern vielleicht als Lissauer'sche Paralyse zu bezeichnen.

Eine dritte Form ist schon früher als foudroyante Form bezeichnet worden. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch einen an das Delirium acutum erinnernden Verlauf, also durch ausserordentliche Erregung und Unruhe bei erheblicher Benommenheit, pseudospontanen, manchmal fast choreatischen Bewegungen, histologisch durch über das ganze Gehirn verbreitete akute Veränderungen (akute Ganglienzellveränderungen, manchmal Schollenzerfall

der Markscheiden, akute Wucherungen der Glia mit massenhaften Kernteilungsfiguren, frische Infiltration der Gefässe mit Plasmazellen).

Eine vierte Form zeichnet sich durch vorzugsweises Erkranken des Kleinhirns aus. Nach neueren Untersuchungen (Raecke) erkrankt das Kleinhirn regelmässig bei der Paralyse, oft aber nur in mässigem Grade. Bei dieser Form handelt es sich aber um besonders schwere Atrophien des Kleinhirns. Die ersten Symptome der Krankheit sind daher auch eine cerebellare Ataxie und Drehschwindel. In einem Falle kam der Kranke mit der Diagnose „Kleinhirntumor“ in die Anstalt. Erst später traten die Symptome allgemeiner Paralyse wie bei der typischen Paralyse auf.

Es giebt aber auch seltene Fälle, bei denen offenbar die Erkrankung der Sehhügel das Primäre ist. Die Beteiligung der Sehhügel an der paralytischen Degeneration bedarf noch eingehenderen Studiums. Wie schon Lissauer angegeben hat, ist sie wohl in den meisten Fällen sekundär. In einem Falle, bei dem während des Lebens eigentümliche Anfälle von choreaähnlichen Bewegungen bald der rechten, bald der linken Extremitäten ohne Bewusstseinsverlust aufgetreten waren und bei dem sich bei der Sektion nur ganz unmerkliche Atrophien der Hemisphären, bei der histologischen Untersuchung nur ganz leichte Rindenerkrankung fand, zeigte sich eine so schwere Gliawucherung in den Kernen des Thalamus, dass sie durch eine sekundäre Degeneration nicht erklärt werden kann. Dabei waren die Thalamus-Veränderungen durchaus paralytischer Natur.

Als atypische Paralyse müssen weiter noch manche Formen bezeichnet werden, die sich an Tabes anschliessen. Es mag wohl sein, dass die in ihrem Verlauf manches Abweichende bietende Tabesparalyse auch durch eine bestimmte Lokalisation der paralytischen Degeneration charakterisiert sind. Bis jetzt hat sich etwas Greifbares nicht herausfinden lassen. Dagegen fand sich bei zwei eigenartigen, hallucinatorischen Verwirrtheitszuständen bei alter Tabes übereinstimmend eine Lokalisation des paralytischen Degenerationsprozesses beschränkt auf die tieferen Rindenschichten im Gegensatz zu der typischen Paralyse, bei welcher die obersten Rindenschichten am ersten und stärksten erkrankten.

Schliesslich stellen auch die senilen Paralysen (nach dem 60. Lebensjahr), die nach der histologischen Untersuchung nicht ganz so selten sind, wie man bisher meist annahm, zum grössten Teil eine atypische Form dar. Sie zeigen klinisch oft ein der Dementia senilis ähnliches Krankheitsbild; die körperlichen Begleiterscheinungen treten mehr zurück, die Gliawucherung scheint im Vergleiche zu dem weitgehenden Ausfall der nervösen Elemente manchmal sehr unerheblich.

Damit sind aber nur die häufigsten und bemerkenswertesten atypischen Formen der Paralyse kurz skizziert. Es lässt sich hoffen, dass wir durch Hand in Hand gehen der klinischen Beobachtung und histologischen Untersuchung immer weitere Fortschritte machen werden, nicht nur eine Paralyse zu diagnostizieren, sondern auch angeben zu können, wo der paralytische Degenerationsprozess vorzugsweise lokalisiert ist.

(Demonstration von Zeichnungen und Photographien.) (Autoreferat.)

Nissl stimmt dem Vortragenden bei. Auch Tabes und Paralyse müssen schärfer differenziert werden; es handelt sich dabei nicht um gleiche Prozesse.

Kraepelin vermisst die nötige klinische Differenzierung. Wie unterscheidet man denn nun am Krankenbett die anatomisch so verschiedenen Formen? Aus welchen Symptomen kann man auf die ungleichartige Lokalisation schliessen?

Alzheimer: Die senile Paralyse von der senilen Demenz abzugrenzen, ist nicht immer gelungen. Doch vermochte Vortragender stets die Lissauer-sche Paralyse von der typischen abzulösen: wo nach einem Anfalle Sprachstörungen, namentlich sensorisch-aphasischer Art oder Hemianopsie zurückbleiben, handelt es sich um Lissauer'sche Paralyse. Auch pflegt bei den letzteren Formen der Blödsinn weniger apathisch und allgemein zu sein, sondern eine gewisse Regsamkeit und lokalisierte Interessen erhalten zu bleiben. Im übrigen konnte die Demenz bisher nicht feiner differenziert werden. Auch die Fälle, die ursprünglich ausgesprochen paralytisch sind, dann aber stehen bleiben und nicht nach der üblichen Frist zu Grunde gehen, gehören hierher; auch wohl die Paralysen, bei denen Rindenmonoplegien auftreten. Das Zahlenverhältnis unter den bisherigen Beobachtungen ergiebt 80 % typische Paralysen, 15 % Lissauer'sche; die übrigen 5 % verteilen sich auf die anderen atypischen Formen.

Kraepelin betont die Wichtigkeit einer Anschauung, welche auch nicht zum Tode führende Prozesse zur Paralyse rechnet. Er frägt, ob Vortragender denn auch die atypischen Prozesse von den arterios klerotischen Erkrankungen klinisch abzutrennen imstande sei.

Alzheimer nimmt in der That an, dass eine Paralyse unter Umständen auch stillstehen kann. Er führt einen Kranken an, der ursprünglich sicher paralytisch war, dann in Epilepsie verfiel und als verblödeter Epileptiker am Leben blieb. Er giebt zu, dass er nicht immer die arterios klerotische Demenz von der paralytischen abzugrenzen vermag.

12) **Arndt** (Heidelberg): Zur Geschichte der Katatonie.

Der Vortrag wird im „Centralblatt“ demnächst in erweiterter Form publiziert werden.

Keine Diskussion.

Der Vorsitzende sieht den Wert eines solchen historischen Ueberblicks in einer Mahnung zu wissenschaftlicher Bescheidenheit und zu unermüdlicher Weiterarbeit.

13) **Smith** (Schloss Marbach): Elektrotherapie bei funktionellen Neurosen (gewissen Formen von Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Melancholie).

Redner fasst seine Ausführungen folgendermassen zusammen:

1) Die Untersuchung einer grossen Anzahl Depressivkranker hat ergeben, dass bei einem ganz bedeutenden Prozentsatz derselben starke Herzvergrösserung besteht. Experimentelle Erzeugung von Herzvergrösserung (z. B. durch Überhitzung) hat, wie auch häufige klinische Beobachtung, gezeigt, dass der Herzvergrösserung die Unlustsymptome erst folgen, nicht etwa diese letzteren Ursache der Herzstörung sind.

2) Bei konstitutionell dazu veranlagten Kranken genügt demgemäss eine Herzerweiterung, um durch Zirkulationsstörung im Gehirn Unlust und Depressivzustände auszulösen oder wesentlich zu verstärken, je nachdem die Herzerweiterung wie nach Überanstrengung und vielen fieberhaften Erkrankungen alleinige Ursache, oder wie bei einstweilen unbekannter, wahrscheinlich autointoxikatorischer Grundlage Miterscheinung der psychischen Störung ist.

3) Für die Form der Unlustsymptome ist ebenfalls die konstitutionelle Veranlagung massgebend, derart, dass es bei epileptoïder Beanlagung zu reizbarer Verstimmung, gewaltthätigen Explosionen (Projektion nach aussen!), Dämmerzuständen, Schwindel und Ohnmacht kommt, während bei hypochondromelancholaïder Beanlagung mehr körperliche und seelische Angst, Schwarzseherei, (Projektion nach innen!) Lebensüberdruss in den Vordergrund treten. Neurasthenie und Hysterie ordnen sich meist einer dieser beiden Gruppen unter und bilden diese Erkrankungen wohl nur die leichteren Vorstufen der schwereren Störungen, die im übrigen vielfach in einander übergehen.

4) Es gelingt, ganz unabhängig von dem Grundleiden, den grössten Teil dieser Unlustzustände zu beseitigen oder wenigstens zu mildern, wenn man die Zirkulationsstörung, deren messbarer Ausdruck die Herzvergrösserung ist, günstig zu beeinflussen vermag, was in der Mehrzahl der Fälle mit den Mitteln gelang, die auch die psychisch weniger komplizierten Herzerweiterungen zur Heilung brachten.

5) Als wirksamste therapeutische Beeinflussungen haben sich zu diesem Zwecke die unterbrochenen elektrischen Ströme erwiesen. Es genügt schon der faradische Strom; stärker und meist angenehmer wirken sinusoïdale Wechselströme eines Drehstrommotors. Die Anwendung dieser Ströme geschieht am besten in einem lauen Bade; die Stärke wird nach der Toleranz des Kranken bestimmt. Dauer etwa 10 Minuten, täglich oder einen um den anderen Tag. Ebenso wirken die hochgespannten Ströme der Influenzmaschine, die in Gestalt der elektrischen Douche verabreicht besonders die Kopfdruck- und Schmerzerscheinungen günstig beeinflussen; ferner die in der von Arsonval vorgeschlagenen Form der Umkreisung angewandten Tesslaströme, die sich besonders schlafbefördernd erweisen, wie übrigens durch die sinusoïdalen Wechselstrombäder. Nach der Behandlung längere Ruhe notwendig.

6) Unterstützt kann die Behandlung besonders im Anfang werden durch Digitalis, Campher und besonders Validol, das sich als ein hervorragendes Herzmittel in Schloss Marbach bewährt hat, das wohl hier und da im Stiche lässt, aber noch nie eine unangenehme Nebenwirkung bis jetzt hat erkennen lassen. Diätetisch soll mehr vegetabilische Kost, viel Milch und Obst, wenig Fleisch und keine scharfen Gewürze, kein Alkohol und kein Essig gegeben werden; Lust nach sauren Speisen befriedige man mit Citronenanwendung. Bewegung mit möglichst tiefer Zwerchfellatmung erweist sich günstig; sie darf aber nie so weit gehen, dass das Herz später grösser ist als vorher; daher ist immer von Zeit zu Zeit Kontrolle nötig.

7) Was die Erfolge der Behandlung angeht, so findet man vier Typen:

a) Nach akuten Überanstrengungen (Bergtouren ohne genügendes Training!), sowie durch fieberhafte Erkrankungen und andere Überhitzungen entstandene, sich an Herzschwäche anschliessende Neurosen erfordern nur eine kurze Behandlung, wenn sie noch nicht lange bestanden haben, und machen bei späterem rationellen Leben keine Beschwerden mehr.

b) Haben die Zustände länger gedauert, so treten in meist 4—6wöchentlichen Perioden noch eine Zeit lang Verschlimmerungen auf, derart, dass ohne erkennbare Gründe mehr oder weniger plötzlich (in Zeit von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden) Herzerweiterung auftritt, der dann die psychische Depression bald folgt. Hier muss die Behandlung noch lange fortgesetzt werden, anfangs tägliche, später

1—2 mal wöchentliche Elektrisation; während der Anfälle, die bald nur noch Stunden dauern, am besten zweimal täglich. Schliesslich treten die Anfälle nur noch in kaum merkbaren Spuren auf.

c) Bei einzelnen chronischen Depressivzuständen tritt anscheinend überhaupt keine Heilung ein, insofern man nur kurze Zeit mit der Elektrisation aufzuhören braucht, um sofort wieder die schwersten Depressionen mit Suicidgedanken etc. aufflackern zu sehen. So lange die Kranken aber täglich elektrisiert werden, sind sie, wenn auch nicht normal, so doch in einem durchaus erträglichen Zustande, der ihnen Vergnügen am Reisen, am Lesen gestattet, wenn auch eine hochgradige Menschenscheu bleibt. Ein solcher Fall ist jetzt im vierten Jahre in Beobachtung; jeder versuchte Abbruch der Behandlung bei scheinbarem Wohlbefinden hatte stets schweren Rückfall zur Folge. Bei Frauen treten im Anschluss an die Periode (vor, während oder nachher) Verschlechterungen auf, die immer Behandlung zu dieser Zeit notwendig machen.

d) Einige wenige Fälle trotzten jeder Behandlung, indem sich weder die starke Herzerweiterung noch die Depression beeinflussen liessen. Es handelte sich bei den betreffenden Beobachtungen um Depression bei cirkulärer Psychose und es war der Charakter des Anfalls hierbei von dem der andern Kranken insoweit verschieden, als die Patienten durch den depressiven Anfall hindurch einen manisch-querulierenden Typus erkennen liessen.

8) Die Behandlung aller dieser Formen liess sich in der offenen Anstalt und sogar ambulant durchführen bei Kranken, denen bei der ersten Konsultation sonst sicher der Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt hätte angeraten werden müssen.

9) Die Resultate erfordern dringend eine Nachprüfung an den abgelaufeneren Fällen der psychiatrischen Anstalten, zumal neue englische Veröffentlichungen (H. Lewis Jones im Journal of Mental Science, April 1901) auch auf die grosse Wirksamkeit der sinusoïdalen Wechselstrombehandlung bei Depressivzuständen aufmerksam machen, was Redner schon vor drei Jahren auf der Münchener Naturforscherversammlung that.

Redner giebt während des Vortrages Aufnahmen herum, welche die Übereinstimmung der mit seiner Methode (Phonendoskopie) gewonnenen Herzumrisse mit denen des Moritz'schen orthodiagraphischen Röntgenverfahrens zeigen, und demonstriert eine Reihe von Kurven, in denen die Herzgrösse bei verschiedenen Krankheiten täglich registriert ist und aus denen hervorgeht, wie jedesmal der Herzvergrösserung ein Depressivzustand folgt.

Der Vortrag erscheint in der Münchner med. Wochenschrift.

Gaupp richtet an Smith einige Fragen:

1. Worauf baut er seinen Schluss auf, dass die von ihm konstatierten Herzerweiterungen die Ursache der Depressionszustände sind?

2. Warum fehlt bei hochgradiger Herzerweiterung, wie sie manche organische Herzkrankheiten kennzeichnet, häufig alle und jede schwere Gemütsverstimmung?

3. Wie erklärt es sich, dass namhafte Internisten auf Grund eigener Erfahrungen die von Smith geübte Untersuchungsmethode verwerfen? Erst

jüngst hat ja Lilienstein auf der Hamburger Naturforscherversammlung das Verfahren von Smith als unzuverlässig verurteilt.

Smith: ad 1. Es konnten in mehreren Fällen vor Ausbruch des psychischen Leidens Verkleinerungen des Herzmuskels festgestellt werden; wie sicher vorauszusagen war, trat dann nach kurzer Zeit gleichzeitig mit Erweiterung des Herzens die Psychose auf.

ad 2. Es handelt sich bei den verschiedenen Erweiterungen um verschiedene Ursachen, welche also auch von verschiedenen Folgen begleitet sind.

ad 3. Andere Forscher beherrschen seine Untersuchungsmethoden nicht.

Kraepelin vermisst die genügend scharfe klinische Formulierung. Welche Krankheiten hat Smith denn im Auge? Man unterscheidet epileptische, cirkuläre, melancholische etc. Verstimmungen. Sollen nun alle von Herzerweiterung begleitet sein und alle trotz ihrer verschiedenen Pathogenese derselben Therapie zugänglich sein? Kraepelin muss daher an der Richtigkeit der Thatsache vorerst Zweifel hegen, obwohl er der erste wäre, der sonst diese neue Methode mit Freuden begrüssen würde.

Smith: Vortragender konnte mit Rücksicht auf die geringe Zeit die klinische Differenzierung nicht im Genaueren angeben. Auch sind es nur bestimmte Fälle, bei denen sich Herzerweiterung findet. Übrigens masst sich Vortragender nicht an, durch sein Verfahren die Grundkrankheit zu heilen, sondern verspricht nur das Leiden zu mildern, indem er die Herzerweiterung bekämpft, welche Angstzustände und andere Gemütsalterationen im Gefolge hat.

III. Bibliographie.

I) **H. Oppenheim,** Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1902. S. Karger. 1220 S.

Die 2. Auflage des bekannten und beliebten Lehrbuchs von Oppenheim, die im Jahre 1898 erschienen war, ist vom Ref. seinerzeit ausführlich besprochen worden. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1898 S. 585 ff.) Die jüngst erschienene 3. Auflage ist zwar erheblich vergrössert, zeigt jedoch in Anordnung des Stoffes und in allen wesentlichen Punkten des Inhalts denselben Charakter wie ihre Vorgängerin. Das ist begreiflich, denn die letzten drei Jahre haben zwar eine Flut von neurologischer Kasuistik, aber wohl wenig Neues von grundlegender Bedeutung gebracht. So war eine tiefgehende Veränderung des Buches nicht zu erwarten; wenn sein Umfang von 985 auf 1220 Seiten, die Zahl der Abbildungen von 287 auf 369 gestiegen ist, so rührt dieses Wachstum nicht etwa von der Einschaltung neuer Kapitel, sondern von der Ergänzung der bisherigen her. Mit grosser Sorgfalt hat der Verfasser die Litteratur der jüngsten Zeit berücksichtigt und die Ergebnisse eigener neuer Erfahrungen hinzugefügt. Das Buch ist also als Nachschlagewerk durchaus modern.

Leider hat sich der Verfasser nicht zu einer Erweiterung des allgemeinen Teiles verstanden. Und doch wäre er gerade damit einem lebhaften Bedürfnis entgegengekommen, wie Ref. schon bei Besprechung der 2. Auflage ausgeführt hat. In der sorgfältigen Schilderung des Detail liegt Oppenheim's

Stärke weniger in der systematischen Durchdringung und Vertiefung der neurologischen Wissenschaft. Die Vielheit überwiegt, die Einheitlichkeit muss zurückstehen. Am deutlichsten zeigt sich dies im 4. Abschnitt, der von den Neurosen handelt. Man liest dort z. B. von den mannigfaltigen Symptomen der Hysterie und Neurasthenie, von all dem Vielen, was vorkommt; aber das Band, das all das Mannigfaltige zusammenhält, es zu einer verständlichen Einheit verknüpft, wird gewissermassen nur aus undeutlicher Ferne gezeigt.

Auf Einzelnes soll hier nicht eingegangen werden. Es ist selbstverständlich und unvermeidlich, dass einzelne Kapitel den Leser mehr befriedigen, andere weniger, und dass auch manche Ansicht auf Widerspruch stösst. Aber hiervon abgesehen muss jedenfalls das Eine hervorgehoben werden: Oppenheim's Lehrbuch ist im Ganzen ein zuverlässiger Berater, an den sich Jeder vertrauensvoll wenden kann, der in einer neurologischen Spezialfrage eine Ergänzung seines Wissens benötigt. Gaupp.

II) **Rudolf Laudenheimer,** Die Schwefelkohlenstoff-Vergiftung der Gummi-Arbeiter. Unter besonderer Berücksichtigung der psychischen und nervösen Störungen und der Gewerbe-Hygiene). Leipzig. Verlag von Veit & Comp. 232 S.

Wenngleich anzuerkennen ist, dass sich Verfasser mit Fleiss und Streben nach Vollständigkeit seines Stoffes angenommen hat, so muss doch von vornherein gesagt werden, dass der versuchte Nachweis einer hohen spezifisch-nosologischen Wirksamkeit des Schwefelkohlenstoffs (CS_2) misslungen ist.

Die Einleitung bespricht die chemische Natur und industrielle Verwendung des CS_2 bei der Vulkanisierung des Patentgummis und betont ganz allgemein die Thatsache seiner schädlichen und lästigen Wirkung, welche sich am deutlichsten in dem häufigen Wechsel der Arbeiterschaft ausspricht. Ein geschichtlicher Ueberblick zeigt, dass sich zuerst die Franzosen (Delpech!) der Frage der CS_2-Vergiftung wissenschaftlich bemächtigt haben. Trotz jahrzehntelanger Erfahrung und Aufmerksamkeit und anfänglich ganz schlechter hygienischer Verhältnisse ist in Frankreich von ausgesprochenen und charakteristischen chronischen CS_2-Psychosen auffallend wenig bekannt geworden. Marie und Marandon behaupteten, dass die psychischen und nervösen Störungen psychogener Natur seien und nur indirekt durch CS_2 hervorgerufen würden. Diese Annahme lag um so näher, als vorwiegend junge Mädchen mit Vulkanisieren beschäftigt werden und die häufige Regellosigkeit und Flüchtigkeit der Erscheinungen neben charakteristischen Zeichen zu solcher Deutung nur einladen konnte. In Deutschland war trotz reichlicher industrieller Verwendung des CS_2 von CS_2-Psychosen kaum die Rede gewesen, bis 1895 Hampe auf Anregung Flechsig's in Leipzig (wo die Gummiindustrie besonders blüht) 17 Fälle von geisteskranken Gummiarbeitern veröffentlichte und mit grösserem Eifer, als Erfolg zu beweisen suchte, dass „die Amentia Meynert's, der akute Wahnsinn Schüle's, die akute Paranoia Westphal's, ja auch die Paranoia chronica durch CS_2 verursacht werden könnten, ohne klar die Frage zu beantworten, ob es eine spezifische CS_2-Psychose giebt oder nicht.

In dem zweiten Abschnitte: „der allgemeinen Pathologie“, ergeben die experimentellen Untersuchungen, dass CS_2 1. seine Angriffspunkte im Blut und Cerebrospinalnervensystem findet und bei grossen Dosen nach voraufgegangenem

Excitations- und Depressionsstadium durch Atmungslähmung tödlich wirkt; 2. der Atmungsluft in mässiger Konzentration beigemischt lokale Reizerscheinungen, Veränderungen im Blute und nervöse Symptome (Reiz- und Lähmungserscheinungen) bedingt. Es handelt sich meist um Tierversuche, welche keineswegs eindeutige und konstante Resultate ergeben haben. Vor allem sind die psychischen Erscheinungen beim Menschen wenig differenzierte: unmotivierte Heiterkeit, Aufregung, nervöse Unruhe, Beklommenheit, heitere Erregung als Nachstadium und dergl. sind beobachtet worden. Jedenfalls handelt es sich um einzelne vage, durchaus in das Gebiet ganz akuter Erscheinungen gehörige Symptome, welche auch nicht im entferntesten den bunten Reichtum psychischer Erscheinungen der angeblichen CS_2-Psychosen ahnen lassen. — Die allgemeine Symptomatologie der CS_2-Vergiftung beim Menschen, wie sie Verfasser an der Hand seiner Krankengeschichten umgrenzt, findet in den überhaupt unzureichenden experimentellen Grundlagen nur zum kleinen Teil eine Stütze. Aber das Missverhältnis zwischen so schwierigen und vieldeutigen Experimenten und den klinischen Thatsachen dürfte sein, welches es wollte, wenn nur diese klinischen Thatsachen selber aussagten, was sie aussagen sollen. Als allgemeinsomatische Störungen werden aufgeführt: Katarrhe der Luftwege, des Verdauungstraktus, Anämie, Pulsveränderungen, Urinveränderungen, Verminderung der Potenz. Die nervösen Störungen zeigen sich in Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Lähmungen peripherer Nerven, Pupillenstarre oder Trägheit der Reaktion, Pupillendifferenz, Reflexsteigerungen, Tremor und Sensibilitätsstörungen. Von den psychischen Symptomen führt Verfasser nur die ganz akuten und flüchtigen des sogenannten „CS_2-Rausches“ an, welche in der That, aber auch fast allein durch das Experiment gestützt werden. Wenn Verfasser ohne hinreichenden Grund darauf verzichtet, nun auch eine allgemeine Symptomatologie der subakuten und chronischen CS_2-Psychosen zu geben, so ist das wohl zum Teil als ein unbewusster Ausdruck der Verlegenheit aufzufassen gegenüber der grossen Mannigfaltigkeit dieser psychischen Erscheinungen, welche sich vor den fast völlig unvorbereiteten und erstaunten Augen des Lesers aufthun. Das Erstaunen wird dadurch nicht gemildert, dass man sich häufig genug alten Bekannten gegenüber sieht. — Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Kösters, welcher bei chronisch und schwer vergifteten Kaninchen Degenerationsvorgänge in Zellen des Gehirns, Rückenmarks und der Spinalganglien nachwies, bestätigen zwar die Thatsachen, dass dieser Körper imstande ist, ein Nervensystem anzugreifen; die Frage aber nach dem kausalen Zusammenhang des Schwefelkohlenstoffs mit Psychosen und Nervenkrankheit kann bei dem völligen Mangel entsprechender Beobachtungen am menschlichen Nervensystem und der teilweisen Unvergleichbarkeit der Verhältnisse allein auf klinischem Wege entschieden werden. Solange wir von der Anatomie der Geisteskrankheiten überhaupt und der Lokalisation der Störungen im besonderen so wenig wissen, kann die Behauptung keinen logischen Wert beanspruchen, „dass das Verständnis des vielgestaltigen Krankheitsbildes näher gerückt werde“ durch den fehlenden Nachweis typischer Prädilektionsstellen der toxischen Zelldegeneration.

Im speziellen Teile behandelt Verfasser zunächst die „Nervenkrankheiten durch CS_2-Vergiftung“. Eine bestimmte Definition zu geben, ist Verfasser nicht imstande. „Es kommt eben einfach alles vor bei der CS_2-Vergiftung; neurasthenische, hysterische, neuritische, tabische, cerebrale, vielleicht sogar epileptische Symptome“. Alles in der Symptomatik ist jedoch für die Diagnostik

so gut wie nichts. Die Aetiologie aber kann für diagnostische Zwecke hier unmöglich in Betracht kommen, weil die Thatsache der Aetiologie ja die Grundfrage ist, welche durch die klinische Diagnostik gerade erst gelöst werden soll. Verfasser meint, dass die „äusserst charakteristischen Prodromalerscheinungen — Schläfenkopfweh, Schwindel, gastrische Störung, Rauschzustände — bald auf die richtige Spur helfen würden". Wirklich? Wenn diese „Prodromalerscheinungen" nur nicht so häufig aufträten, ohne dass ernstere nervöse Störungen nachfolgen! Wenn aber, wie Verfasser selbst hervorhebt, allgemein-somatische Störungen ungemein oft bei CS_2-Arbeitern vorkommen und die Hauptursache des häufigen Stellenwechsels abgeben dürften, so ist nicht einzusehen, wie für den Fall, dass eine Nervenkrankheit sich ausbildet, aus diesen ihr nicht spezifischen Erscheinungen noch ein diagnostisches Merkmal hervorgehen soll. Der Name „Prodromalerscheinungen" ist unzulässig, denn nur die Vorerscheinungen einer Krankheit sind Prodromalerscheinungen, welche aus dem Wesen dieser Krankheit stammen, aber nicht, durch äussere Gründe veranlasst, in genau dergleichen Weise auch ohne sie zur Ausbildung gelangen können. Man erfährt also aus diesen vorhergehenden Erscheinungen nur, was man schon weiss: nämlich, dass der Kranke mit CS_2 zu thun gehabt hat. Wenn es nicht gelingt, die als schwierig empfundene Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Neurasthenie aus dem Krankheitsbilde selbst zu stellen, „Aetiologie und Prodromalerscheinungen" helfen uns zunächst wahrhaftig nicht viel. Aber „die Diagnose wird sichern": „Der allmähliche Beginn" — beginnt etwa die hysterische Störung immer oder auch nur sehr häufig „apoplektiform"? „Das vorzugsweise motorische Befallensein der unteren Extremitäten — kommt doch bei Hysterie oft genug vor und ist gerade bei den „CS_2-Neurosen mit ausschliesslich funktionell-nervösen Erscheinungen" so gut wie niemals zur Beobachtung gelangt (im Falle VII: „Rohe Kraft der Beine etwas herabgesetzt"); „die auffällige" Lokalisation der Sensibilitätsstörung („einzelne Finger, handschuhförmig") — in einem Falle, der zu den „organischen" Erkrankungen gerechnet wird, findet sich „die Sensibilität an Händen und Vorderarmen herabgesetzt", was Verfasser als „handschuhförmig" bezeichnet und als organisch bedingt z. T. dadurch erwiesen findet, dass sich bei schwer vergifteten Kaninchen hypalgische Störungen an den hinteren Extremitäten gefunden haben; „die häufig zu eruierende Anwesenheit von Zeichen leichter organischer Nervenlähmung" („Pupillen, Fingermuskeln") — für letzteres findet sich als einziges Beispiel im Falle V: „eine leichte Schwäche in der rechten Hand" angegeben. In einem Falle wird gesagt, dass die reagierenden Pupillen „weit" sind, in einem andern, dass die mittelweiten Pupillen „träge" reagieren. Nach weiteren Beispielen für Zeichen leichter organischer Nervenlähmung sucht man unter den in Betracht kommenden 11 Fällen vergeblich. Im ganz unklaren Falle IV wird eine nicht mit Lähmung verbundene Atrophie der Handmuskeln aufgeführt. Diese Symptome, von denen keines etwas Charakteristisches, manche überhaupt keine rechte klinische Bedeutung haben und in den zum Beleg aufgeführten Fällen sehr selten oder ausserordentlich dürftig ausgeprägt sind, sollen die Diagnose „sichern"? Hinter dies „sichern" darf man wohl mit einigem Rechte ein Fragezeichen machen. Zwar versucht Verfasser seine Symptomatik durch einige Fälle aus der Litteratur zu stützen, aber man sollte doch erwarten, dass Verfasser seine Diagnostik an der Hand seiner eigenen Fälle einigermassen zu entwickeln und zu begründen imstande wäre, und nicht gerade

diese als Beweis angeführten Fälle die ersten und nächsten Fälle sind, welche den Beweis hinfällig machen.

Auf die einzelnen 14 Krankengeschichten, welche Verfasser in Fälle mit „organischer Nervenerkrankung“, mit ausschliesslich „funktionell-nervösen Störungen“ und „diagnostisch-zweifelhafte Fälle“ einteilt, kann hier nicht eingegangen werden. Die Krankengeschichten sind für die Entscheidung der diffizilen differentialdiagnostischen Fragen zuweilen recht abrupt. Der entschuldbare Mangel hinreichender Katamnesen steht einer sicheren Diagnose natürlich im Wege, um so mehr, als auch die Erhebung der Vorgeschichte nicht die hier wünschenswerte Genauigkeit erreichen konnte. Jedenfalls läge Grund vor, die Teilüberschrift „diagnostisch-zweifelhafte Fälle“ zu der gemeinsamen Ueberschrift des Kapitels $C\,S_2$-Neurosen zu erheben.

Nach einer kurzen Besprechung einiger ganz schwerer $C\,S_2$-Vergiftungen (z. T. conamen suicidii) wendet sich Verfasser zu dem ausführlichsten, klinisch wichtigsten, aber auch wohl schwächsten Teile seiner Arbeit: „den Psychischen Störungen nach $C\,S_2$-Vergiftungen“. Während Verfasser hinsichtlich der „nervösen $C\,S_2$ Krankheiten“ eine Stütze in der vorhandenen Litteratur fand, stellt er sich hier in polemischen Gegensatz zu dem grössten Teil der früheren Beobachter, welche trotz reichen oder ausreichenden Materials nicht zu ähnlichen Erfahrungen gelangten oder denselben eine andere Deutung gaben. Die Aufgabe des Verfassers war, ein umschriebenes Krankheitsbild nach Symptomatologie, Verlauf und Ausgang differentialdiagnostisch von den bekannten Krankheitsformen abzugrenzen. Mit der Lösung dieser Aufgabe steht und fällt die klinische Berechtigung des Begriffes „$C\,S_2$-Psychose“. Sie fällt aber, denn die Aufgabe ist ungelöst geblieben. Die Spezifität von Symptomen und Verlauf ist durch ebenso schwächliche wie zahlreiche Hypothesen und rasche Verallgemeinerungen alles eher als erwiesen. Die Krankheitsbilder ordnen sich zum grossen Teil völlig ungezwungen in bekannte Krankheitsformen ein. Verfasser stolpert ja geradezu über die Reihen der festgewurzeltsten Hebephrenien und Katatonien, während er starren Blickes über sie wegschauend nach einer Diagnose, seiner Diagnose sucht. Individuelle Abweichungen, Zufälligkeiten, Nebensächlichkeiten, bekannte klinische Ungewöhnlichkeiten in Symptomen und Verlauf, auch sehr bekannte und verkannte klinische Alltagserfahrungen: Das ist vor allen Dingen das Material, was den Stoff zu den ungewöhnlichen $C\,S_2$-Psychosen geben muss. Solange sich aber unsere psychiatrisch-klinische Diagnostik und Prognostik noch mit den gröbsten Zügen und Schematas behelfen muss, können solche subtilen Differenzierungen differentialdiagnostisch nicht in Betracht kommen. Verfasser ist gerade so wenig imstande, eine Definition der $C\,S_2$-Psychose zu geben, als wie er es bei der $C\,S_2$-Neurose vermochte. Recht dürftig ist es, was er „zusammenfassend“ über die Diagnose der $C\,S_2$-Psychosen zu sagen hat. Die Diagnose dieser Formen als besondere Krankheit sollen ermöglichen

1. „Bei einigen einfachen Formen allein der spezifische Charakter des psychischen Zustandsbildes.“

Verfasser nennt „einfache Formen“ meist nur in allgemeinen Krankenhäusern beobachtete, in Form von Erregungs- oder Stuporzuständen innerhalb Wochen oder Monaten verlaufene Psychosen. Es ist zuzugeben, dass Fall 38 und 39 etwas Besonderes zu haben scheinen, wenngleich sie wenig detailliert und von Nicht-Psychiatern beschrieben sind. Immerhin liegt Grund vor, eine

spezifische Reaktion auf das Gift anzunehmen. Keinesfalls aber darf diese Annahme ohne vielen Vorbehalt auf die „stuporösen Formen“ ausgedehnt werden. Nichts spricht gegen die Auffassung, dass es sich im Falle 40 und 42 um Hebephrenien gehandelt hat. Oder etwa die Thatsache, dass diese beiden jugendlichen Kranken kaum eine Woche mit C S_2 gearbeitet hatten, um dann monatelange Geisteskrankheiten durchzumachen? Im Falle 42 fehlt doch auch jede Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges, nicht einmal ein Nichtfunktionieren der Ventilatoren kann zum — Beweis herangezogen werden.

2. „Bei den anderen mehr gegliederten Formen, deren psychischer Verlauf an sich nichts Spezifisches hat, das Vorhandensein eines typischen Prodromalstadiums, das sich innerhalb einer gesetzmässig begrenzten Inkubationszeit abspielt, ferner die Einleitung durch ein spezifisch gefärbtes Initialdelir und endlich die charakteristische Kombination mit den somatisch-nervösen Symptomen der C S_2-Vergiftung.“

Von den vielen Gruppen, welche Verfasser überhaupt mit der C S_2-Vergiftung in Verbindung bringt, gehören ihm zu den wichtigsten „die maniakalischen Formen“, unter welchem Namen klinisch grundverschiedene Dinge, anscheinende Manien und zweifellose, verblödende Katatonien, nach sehr äusserlichen („maniakalisch“) Gesichtspunkten zusammengefasst werden. Es wird unterschieden: a) Einfache Manie (3 Fälle); b) Tobsüchtige Manie (5 Fälle). Mit dem „Résumé“ und den diagnostischen und differentialdiagnostischen Bemerkungen über diese Formen kann man sich unmöglich einverstanden erklären. „Die ätiologische Rolle des C S_2 scheint schon per exclusionem gesichert, weil weder Heredität oder exogene Ursachen den Ausbruch der Psychose hier erklären“. — Ist Verfasser denn imstande, jede Manie auf „hereditäre oder exogene Ursachen“ zurückzuführen? Was wissen wir denn überhaupt von den „Ursachen“ der Manie? Abgesehen davon ist von den in Rede stehenden 3 Fällen Fall XVI belastet durch „mässiges“ Potatorium des Vaters, ausgesprochenes Potatorium des Vaters der Mutter und der Schwester der Mutter, ein Bruder der Mutter ist „verschollen“: ist das schliesslich nicht Korruption genug? Im Falle XVII stirbt der Vater im Alter von 60 Jahren „etwas geistesschwach“ und soll aus Eifersucht seiner Frau nach dem Leben getrachtet haben („Potator?“). Mit der Arbeitszeit von „$1^1/_2$ bis 3 Monaten“ — welche Zeit auch nicht vergleichsweise „Inkubationszeit“ genannt werden darf — kann schon deswegen kein diagnostisches Moment gegeben sein, weil die Arbeiter gewöhnlich überhaupt nur Wochen oder Monate in ihrer Stellung verbleiben und Verfasser Gewicht legt auf zufällige Verhältnisse, wie schlechte Ventilierung, Disposition, Ungeschicklichkeit, Kurzsichtigkeit u. dergl. Ausserdem ist bei den übrigen C S_2-Psychosen die Variabilität der vorhergehenden Arbeitszeit gerade gross genug, (schwankt zwischen Tagen, Wochen, Monaten und Jahren) und solche von vornherein recht unwahrscheinliche „Regelmässigkeit“ lässt sich an — 3 Fällen wohl kaum demonstrieren. Ueber den diagnostischen Wert der „Prodromalerscheinungen“ ist schon früher gesprochen worden. Ferner soll charakteristisch sein: das „akute Einsetzen“, „der mehrtägige Zustand erregter Verwirrtheit mit mehr oder weniger ausgesprochenen hypochondrischen Gefühlen, welcher die Krankheit einleitet“, das Verhältnis der Länge der maniakalischen Phase zu der hypochondrisch reizbaren: was soll man damit anfangen bei der endlosen Verlaufsvariabilität der Geisteskrankheiten

bei denen gleiche Formen symptomatisch ungemein verschieden und grundsätzlich zu trennende, namentlich zeitweilig, symptomatisch ausserordentlich ähnlich erscheinen können? Ausserdem setzt das manisch-depressive Irresein doch häufig genug akut ein, wird häufig genug von „erregter Verwirrtheit“ eingeleitet und nicht selten von hypochondrischen Gefühlen und Klagen eingeleitet oder durchbrochen; ja diese Gefühle und Klagen können, namentlich bei wirklich vorhandenen körperlichen Störungen, aber auch ohne dieselben, das ganze Krankheitsbild beherrschen. Und gerade bei der Manie eines $C S_2$-Arbeiters sind diese hypochondrischen Färbungen verständlich genug, da die Leute ja in der That allgemein somatische Störungen haben oder anfänglich gehabt haben. Was hat das aber mit der Spezifität dieser Manie zu thun? Verfasser entwickelt die Eigentümlichkeit des Krankheitsbildes auch nicht aus diesem Bilde selbst heraus, sondern stellt zunächst die symptomatische Scheindiagnose „Manie“ und entwickelt dann, wodurch sich diese „Schwefelkohlenstoffmanie“ von der ächten Manie unterscheidet. Ja, weshalb denn Manie? Wenn nun jemand behauptete, dass es sich im Falle XVI. viel wahrscheinlicher um den remittierenden Anfall einer Verblödungspsychose (Dementia praecox) gehandelt hätte? Jedenfalls ist das ein schwer zu widerlegender Einwurf, und Verfasser hätte namentlich in den späteren Fällen Ursache gehabt, die Differentialdiagnose weit gründlicher zu behandeln, als es geschehen ist. Erhebt man nämlich jenen diagnostischen Zweifel, der für die meisten „tobsüchtigen Manien“ zur Gewissheit wird, so verliert die Deduktion des Verfassers den letzten Rest ihrer Beweiskraft; denn wenn die Krankheiten Dementiae praecoces sind, ist es nicht auffällig, dass sie sich von Manien unterscheiden. Was hat z. B. Fall VIII. Manisches? „Die Nahrungsverweigerung“, das „feindselig-abwehrende Verhalten“, „das hartnäckige Sichentkleiden“, „das plötzliche Fortwerfen des Essens und Zerbrechen des Geschirrs“, „das Befangen- und Schüchternsein“: was spricht denn gegen eine Dementia praecox? Etwa „die ungleichen Pupillen“, die gerade hier, ebenso, wie die excessiv weiten Pupillen so oft zur Beobachtung gelangen? Dass solche Anfälle jahre- und jahrzehntelange Remissionen haben, ja anscheinend ausheilen, ist gerade so wenig etwas Besonderes, als die Thatsache, dass leichte Schwächezustände und zeitweilige Verschlimmerungen von den unkundigen Angehörigen und nicht allein von ihnen übersehen werden. Wer aber an „akuter Verrwirrtheit“ und ähnlichen diagnostischen Formeln festhält, wird hier ebensowenig etwas Neues und Auffälliges entdecken können. Was macht Verfasser nicht alles aus dem Falle XX., einer so offenbaren Katatonie mit Remission und schliesslichem Ausgang in Schwachsinn, ein Krankheitsfall, der — nenne man ihn, wie man will — doch über den Rahmen alltäglicher klinischer Erfahrung nicht hinausgeht. „Steigerung der Sehnenreflexe“, „Weite“ oder „Differenz der Pupillen“, Beschleunigung oder Arythmie des Pulses, leichter Tremor der Hände und der Zunge (durchaus inkonstante Erscheinungen), ja, wo kommt das nicht vor, und was wissen wir überhaupt von der klinischen Regelmässigkeit und Bedeutung dieser Symptome? Gerade die Krankheit, welche Verfasser den besten Schlüssel auch zu diesen vielleicht recht nebensächlichen somatischen Erscheinungen hätte geben können: die Katatonie und mit ihr die Hebephrenie berücksichtigt er differentialdiagnostisch am wenigsten. In erhöhtem Masse gilt das für die sogenannten depressiven, verwirrten und für einen Teil der dementen Formen, welchen Verfasser aber auch ganz vergeblich einen näheren ätiologischen Zusammenhang mit dem Schwefel-

kohlenstoff zu retten sucht. Der ungenügend beobachtete Fall 36 könnte sehr wohl eine ächte Paralyse gewesen sein.

Der letzte Abschnitt bespricht die Hygiene der C S_2-Vergiftung, mit deren praktischen Bestrebungen man sich nur einverstanden erklären kann. In seinen theoretischen, namentlich statistischen Darlegungen ist Verfasser weniger glücklich. Die Ausgiebigkeit und Sicherheit seiner Schlussfolgerung steht meist nicht im Einklang mit der Kleinheit des zu Grunde liegenden und nicht immer genügend geklärten Materials. Wenn man sich überhaupt über etwas wundern will gegenüber der statistischen Angabe, dass von 1000 Gummiarbeitern (nicht etwa C S_2 Arbeitern, welche nur einen kleinen Teil davon ausmachen) 2 geistig erkrankten, so kann man sich angesichts der schlechten allgemein-hygienischen Verhältnisse und der eigenartigen Arbeiterschaft nur über die Kleinheit dieser Zahl wundern, denn 1890 kamen in Deutschland auf 843 Einwohner (in manchen Gegenden auf 600—500) je 1 Geisteskranker in die Irrenanstalt, während man die überhaupt vorhandene Zahl von Geisteskranken in Deutschland auf das Dreifache berechnet. In der Schweiz forderte man auf 200 Einwohner 1 Platz in den Irrenanstalten.

Es muss also in Abrede gestellt werden, dass Verfasser bei dem weit grössten Teile seiner als spezifisch bezeichneten C S_2-Neurosen und Psychosen diese Spezifität auch nur wahrscheinlich gemacht hat. Möglicherweise ist bei einer kleinen Zahl organischer Nervenkrankheiten und kurz verlaufender Psychosen der tiefere ätiologische Zusammenhang gegeben, welcher bei der Erscheinung des sogenannten „C S_2-Rausches“ und den allgemein-somatischen Störungen wohl sicher ist. Je ausdrücklicher aber einer ätiologischen Theorie entgegengetreten werden musste, deren fälschliche Anerkennung bedeutende und paradoxe wissenschaftliche Konsequenzen haben würde, um so notwendiger war es, den Einzelheiten der Arbeit nachzugehen. Arndt (Heidelberg).

III) **Hans Berger,** Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen, namentlich unter dem Einfluss von Medikamenten. Gustav Fischer, Jena 1901. 78 Seiten, 5 Tafeln.

Die vorliegende Arbeit hat vorwiegend physiologisches Interesse. In ihrer ersten Hälfte giebt sie eine eingehende Schilderung der historischen Entwickelung der Frage, von Galen an bis auf unsere Tage. Für den Psychiater von Interesse sind die am Schluss mitgeteilten Versuche über die Einwirkung von Arzneimitteln auf die Gehirnzirkulation, interessant deshalb, weil sie mit gewissen uns geläufigen Anschauungen schwer in Einklang zu bringen sind. B. hat eine grosse Reihe von Experimentalbeobachtungen an einem Patienten mit einem grossen Schädeldefekt gemacht. Danach bedingt Chloroform eine Volumenzunahme des Gehirns und Erweiterung der Blutgefässe, das excitierende Cocaïn dagegen Abnahme der Pulsationshöhe, obwohl die Temperaturmessung anzeigt, dass lebhafte chemische Umsetzungen im Centralnervensystem statthaben. Daraus geht hervor: „Einem gesteigerten Umsatz an chemischer Spannkraft geht keineswegs eine entsprechend gesteigerte Blutzufuhr parallel, wie man auch bei psychischen Krankheiten immer anzunehmen geneigt ist“. Morphin setzt die Blutzufuhr zum Gehirn herab, Hyoscin ebenfalls und bringt gleichzeitig die Gehirngefässe zur Kontraktion. Die Wirkung aller dieser, zum Teil sehr energisch auf das Centralnervensystem einwirkenden Arzneimittel ist nicht bedingt „in einer primären Alteration der Hirnzirkulation“, sondern dieselben

entfalten „durch einen direkten Einfluss auf die Nervensubstanz selbst die ihnen spezifische Wirkung". „Ein künstlich durch Arzneimittel erzielter Schlaf kann sowohl mit einer relativen Anaemie wie Hyperaemie der Zentralorgane einhergehen und ebenso sehen wir Erregungszustände mit Anaemie und Hyperaemie des Gehirns vergesellschaftet". Sind diese Schlussfolgerungen richtig, so sind sie wohl imstande, ein Licht auf die Meynert'sche Lehre von der Manie und Melancholie, sowie auf die verschiedenen Schlaf-Theorien zu werfen.

Schröder.

IV) **L. W. Weber,** Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Gustav Fischer, Jena 1901. 100 Seiten, 2 Tafeln.

Weber hat das reiche Epileptikermaterial von Uchtspringe zu anatomischen Studien benutzt und 35 Fälle eingehend untersucht. Er nahm an, dass sowohl die Krampfanfälle wie die Bewusstseinsstörungen und die psychischen Veränderungen in erster Linie von den motorischen Feldern der Grosshirnrinde ausgehen und beschränkte deshalb seine systematischen Untersuchungen im wesentlichen auf die Zentralwindungen. Um Missverständnissen vorzubeugen, definiert er den Gegenstand seiner Auseinandersetzungen, die „echte" Epilepsie, als eine Krankheit, die sich äussert „in periodisch wiederkehrenden Anfällen von bestimmtem Charakter, in Bewusstseinsstörungen und in dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit", und unterscheidet 2 Hauptgruppen: die auf ererbter, angeborener oder in der allerersten Lebenszeit erworbener Schädigung des Gehirns beruhenden Fälle von Frühepilepsie und im Gegensatz dazu die Spätepilepsie.

Bei beiden hat W. mehr oder weniger konstante anatomische Befunde erheben können, doch betont er selber dazu als Thatsachen, die von Wichtigkeit sind: 1) gleiche Veränderungen finden sich auch bei anderen Krankheitsprozessen, es ist daher nur unter bestimmten Einschränkungen die anatomische Diagnose Epilepsie möglich; 2) die gefundenen Veränderungen sind nicht als das anatomische Substrat des primären epileptischen Krankheitsprozesses, sondern als sekundär, nachträglich durch die Epilepsie bedingt, anzusehen.

Was die Befunde im einzelnen betrifft, so hebt W. in erster Linie die Vermehrung der Glia hervor: es bildet sich ein dichter, subpialer und perivaskulärer Faserfilz; seine Dichte und Breite hängt wesentlich von der Dauer des Erkrankungsprozesses ab. Bei den langsam und wenig stürmisch verlaufenden Formen der Frühepilepsie besteht der Filz aus feinen Fasern, und er zeigt die Tendenz, sich in die Anordnung der normalen Glia einzuordnen; bei ruckweiser Verlaufsart und bei den Spätformen finden sich gröbere, unregelmässiger gelagerte Fasern und eine grössere Zahl zelliger Elemente. Die Gefässe der Rinde zeigen bei akut verlaufenden epileptischen Zuständen Hyperämie, Erweiterung der Lymphscheiden, Oedem der Umgebung, frische Extravasate und perivaskuläre Anhäufungen zelliger Elemente, die teils aus den Blutgefässen, teils aus der Glia stammen. Der Auffassung des Verfassers, dass diese Veränderungen zum grössten Teil Ausdruck „einer frischen entzündlichen Reizung der Hirnrinde" seien, wird nicht jeder ohne weiteres beipflichten wollen. Die Ganglienzellen — W. meint damit wie üblich nur die grossen Pyramidenzellen der Zentralwindungen — sind vielfach, aber keineswegs „typisch", verändert. Oft fand er Anhäufungen von Kernen um den Leib der Zellen; W. setzt diesen Befund in Parallele mit den Kernanhäufungen um die Gefässe und sieht auch

darin den anatomischen Ausdruck für eine akute entzündliche Reizung des Gewebes; eingehender begründet wird diese Auffassung nicht.

W. hält den anatomischen Befund bei der Frühepilepsie für charakteristisch genug, um **aus ihm** bei gewissen Fällen, wo die ersten Anfälle erst spät auftraten, oder solchen, bei denen Erkrankungen einzelner Körperorgane eine aetiologische Rolle spielen, schliesslich bei der Mehrzahl der Fälle von Hysteroepilepsie die Diagnose der typischen Frühepilepsie zu stellen. Ferner: wo eine lokalisierte Hirnerkrankung ein epileptisches Leiden hervorgerufen hat, muss die anatomische Untersuchung ausserdem eine mehr oder weniger ausgesprochene Erkrankung der gesamten Rinde nachweisen, wenn der Fall als „echte“ Epilepsie bezeichnet werden soll; d. h. für W. ist der Begriff echte Epilepsie nicht nur ein klinisch-symptomatologischer, sondern auch ein, diesen deckender, anatomischer. Schröder.

V) **A. Baer,** Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig, Georg Thieme, 1901. 84 S.

Die wertvolle, an statistischen Angaben und Tabellen reiche Arbeit giebt uns ein anschauliches Bild von der Häufigkeit, den Ursachen und den Formen des Selbstmords im kindlichen Alter. Unter Kinderselbstmord versteht der Verfasser denjenigen Selbstmord, welcher im Lebensalter bis unter 15 Jahren ausgeführt wird.

Seinen Erörterungen über die Häufigkeit des Kindesselbstmordes legt der Verfasser namentlich die amtlichen, statistischen Angaben zu Grunde, welche die Periode von 1869 bis 1898 für das Königreich Preussen umfassen. In diesem ganzen Zeitraum starben 1708 Kinder an Selbstmord, 1346 Knaben und 362 Mädchen, also vier Mal so viel Knaben als Mädchen. Die Zunahme der Kinderselbstmorde erfolgte relativ viel rascher als das Wachstum der Bevölkerung und nicht im gleichen Verhältnis, wie die Zunahme der Selbstmorde der Erwachsenen, woraus Baer den Schluss zieht, dass bei dem Selbstmord im kindlichen Alter nicht dieselben Ursachen und Motive vorherrschen, wie bei dem der Erwachsenen.

Baer stellt 25 Fälle von kindlichem Selbstmord zusammen, die trotz der kurzen Schilderung ein anschauliches Bild dieser traurigen Vorkommnisse entrollen.

Unter den Ursachen, welche das Kind zum Selbstmord bringen können, werden als besonders wichtig hervorgehoben: Geisteskrankheit, minderwertige Organisation, angeborene Entartung, krankhafter Affekt (Reue, Scham, Gewissensbisse, Aerger), ferner schlechte Erziehung in Familie und Schule, rohe Behandlung, frühreife Entwicklung mit überwiegender Verstandesausbildung, in einzelnen Fällen auch Nachahmung und andere suggestive Momente. Die Ausführungen über die Gefahren der Schule, der heutzutage so viel Schuld zugeschoben wird, berühren durch die ruhige und objektive Abschätzung dieser Gefahren sehr wohlthuend. Das Studium des Buches ist für den Irrenarzt von grossem Interesse und kann warm empfohlen werden. Gaupp.

VI) **Robert Glaser,** Das Seelenleben des Menschen im gesunden und im kranken Gehirn. Frauenfeld, J. Huber, 1901. 165 S. 2,40 M.

Eine populäre Schrift, die neben manchem Guten und Richtigen auch sehr viel Unrichtiges enthält. Der Laie — das Buch ist für Gebildete aller

Stände geschrieben — bekommt darin Vieles zu lesen, was von der Wissenschaft nicht anerkannt ist; so z. B. die Behauptung, das rote Blut erzeuge in der Gehirnrinde Bewusstsein, das Lymphwasser aber Bewusstlosigkeit. Dass aus der Schweiz, dem Lande der lebhaftesten Antialkoholbewegung, uns Anschauungen zugebracht werden wie die des Verfassers, entbehrt nicht einer gewissen Tragikomik; man höre: „Endlich gibt es noch sogenannte Vaganten, die eigentlich nur harmlos sind, wenn sie betrunken sind. Solange diese Mitgeschöpfe frei herumziehen können, wird es vernünftiger sein, ihnen auf ihre Bitte um einen Zehr- oder besser Trinkpfennig zu entsprechen, anstatt sie mit einem bösen Wort oder wohlgemeinten Rat abzufertigen oder zu verbittern. Es ist wohl denkbar, dass durch verbitternde Abfertigungen bettelnder Vaganten schon manches Verbrechen verursacht wurde, das durch die Spendung einiger Rappen hätte verhütet werden können.“ Gaupp.

VII) **F. Wachenfeld,** Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig. Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung. 1901. 148 Seiten.

Nach den vielen berufenen und unberufenen Bearbeitern der forensischen Bedeutung geschlechtlicher Abweichungen nimmt nun auch ein Strafrechtslehrer das Wort, um eingehend die Reformbedürftigkeit des § 175 St.-G.-B. zu erörtern. Das geschieht mit so viel Kritik, dass man nicht ohne das Gefühl der Freude die grossen Entdeckungen des „wissenschaftlich-humanitären Komitees“ zum Teil widerlegt findet; so z. B. die, das kanonische und römische Recht kenne die Bestrafung des mannmännlichen Verkehrs nicht. Straflosigkeit findet sich zur Zeit in Europa nur bei den romanischen Völkern, während die germanischen und slavischen mit Ausnahme von Holland, dessen Strafgesetzgebung auf dem französischen aufgebaut ist, die Päderastie bestrafen. Der Versuch, alle grossen Männer der Vergangenheit als Perverse aufzufassen, denen in letzter Zeit auch Christus, Schiller, und, was Wachenfeld entgangen ist, auch Goethe angereiht wurden, findet seine Abfertigung. Ebenso der eine Hauptgrund, der zur Abschaffung des § 175 nötigen soll, die Erpressungen seitens männlicher Prostituierter, indem der Verfasser aus den Werken Krafft-Ebings und Molls nachweist, dass auch in romanischen Ländern die Chantage (der Ausdruck stammt aus Frankreich!) trotz fehlender Strafbarkeit blüht.

Vier Theorien bestehen, um die Kontrasexualität zu erklären. Sie gilt als 1. erworbenes Laster; 2. erworbene Abnormität; 3. angeborene Abnormität und 4. als angeborene natürliche Erscheinung. Verfasser steht auf dem Standpunkte, dass — abgesehen von der 4. ganz unhaltbaren Ansicht — auch die 3. wohl nur in Ausnahmefällen, wenn nicht gar nie Giltigkeit habe. Er hält die Kontrasexualität für erworben und teilt die Homosexualität ein in

1. eine konträre, wenn die normale Befriedigung überhaupt nicht oder nur mit erheblicher Schwierigkeit zu erreichen ist.

Diese konträre Sexualität erscheint als

a) angeboren in den Fällen äusserer Missgestaltung der Geschlechtsteile;
b) erworbene in den Fällen, in denen der homosexuelle Verkehr zur anderen Natur geworden ist durch die Gewöhnung:
   α) von Jugend auf;
   β) nach anfänglich normalem Geschlechtsverkehr.

2. eine lasterhafte überall da, wo konträre Sexualität nicht angenommen werden kann.

Dem Konträrsexualen spricht nun Wachenfeld den Schutz des § 51 zu. „Ihn beherrscht die Vorstellung anormalen Geschlechtsgenusses. Da er ganz und gar unter diesem pathologischen Einflusse steht, ist er gezwungen, sich des normalen Geschlechtsverkehrs zu enthalten, also der freien Willensbestimmung beraubt.“ Diese Ausführung dürfte wohl mit verschwindenden Ausnahmen (W. zitiert Grashey, Kirn und Schaefer) den entschiedensten Widerspruch der Psychiater finden. 1. würden wir dadurch wieder zur partiellen Zurechnungsfähigkeit kommen; 2. würde man damit so ziemlich jede Strafthat exkulpieren können und 3. begeht Wachenfeld den Fehler, den Zwang „sich des normalen Geschlechtsverkehrs zu enthalten“ mit dem Zwange zum aktiven Handeln zu identifizieren. Die Unterlassung des perversen Verkehrs, die der Verfasser ja auch für unbedenklich und möglich hält, kommt doch auch in Frage. Wir Irrenärzte haben unter dem schiefen Ausdruck der Willensfreiheit genug zu leiden. Nach der allgemeinen Ansicht muss die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit die freie Willensbestimmung, d. h. die normale Bestimmbarkeit durch normale Motive ausschliessen, wenn der § 51 Anwendung finden soll. Es werden deshalb auch aktiv vorgehende Homosexuelle, selbst bei ausgesprochener konträrer Sexualempfindung nur dann seitens der Psychiater zu den Fällen des § 51 gerechnet werden, wenn daneben eine ausgesprochene geistige Störung besteht oder die Handlung in Dämmerzuständen etc. begangen wurde.

Der Verfasser schlägt, immer gleichzeitig dem Konträrsexualen (von ihm als krank Betrachteten) den Schutz des § 51 zubilligend, für den § 175 folgende Bestimmungen vor:

Die widernatürliche Unzucht zwischen Personen gleichen Geschlechts (also auch zwischen Frauen) ist mit Gefängnis zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Liegen mildernde Umstände vor, kann auf Geldstrafe (bis zu 1000 Mark) erkannt werden.

Dieselben Strafen treffen denjenigen, welcher andere zur widernatürlichen Unzucht verführt hat.

Aschaffenburg.

VIII) **A. Dannemann,** Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. Betrachtungen über eine zeitgemässe Verbesserung der Fürsorge für Geistes- und Nervenkranke. Halle, C. Marhold, 172 S. 4 M.

Die ausserordentlich wertvolle Arbeit, deren Studium sehr zu empfehlen ist, gibt zunächst eine geschichtliche Darstellung der Wandlungen der Stadtasylfrage seit den Zeiten Griesingers und eine Kritik der jetzigen Verhältnisse. Dannemann hat sich der dankenswerten Arbeit unterzogen, durch vielfache Umfragen ein möglichst vollkommenes Bild der Art und Weise, wie heute die deutschen Städte für ihre Geisteskranken sorgen, zu entwerfen. Diese Zusammenstellung ist von grossem Interesse; denn wir lernen daraus, wie viel noch zu thun ist, bis erträgliche Zustände geschaffen sein werden. Wir lernen gute und schlechte Versorgungsformen kennen und werden von dem Verfasser mit den Wegen bekannt gemacht, auf denen er, ohne utopistische Uebertreibung, zum Ziele zu kommen hofft. Dannemann gibt nicht nur Kritik, sondern macht bestimmte Vorschläge für Stadtasyle kleinerer und grösserer Städte, Stadtasyle, die natürlich möglichst freie Aufnahmebestimmungen haben müssen und in denen neben eigentlich Geisteskranken auch Nervenkranke Aufnahme

und Hilfe finden sollen. Wie das zu machen ist und wie es ohne enorme Kosten zu machen ist, möge man in dem Buche nachlesen, durch das ein frischer Hauch weht. Wenn in absehbarer Zeit auch nur ein bescheidener Teil dessen verwirklicht wird, was Dannemann verwirklicht sehen möchte, so können wir Psychiater zufrieden sein. Und nicht nur die Städte und ihre Kranken, nicht nur die Aerzte würden durch Reformen im Sinne Dannemanns viel gewinnen: auch die Wissenschaft hätte ihre Vorteile davon, da in solchen Stadtasylen die Möglichkeit gegeben ist, akute transitorische Geistesstörungen von ganz kurzer Dauer einerseits, leichtere Psychopathieen (sogenannte Grenzzustände) andererseits in grösserem Umfang zu studieren. Und gerade hieran fehlt es heute noch sehr. Gaupp.

IX) **P. Stritter,** Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und den übrigen europäischen Staaten. Hamburg 1902, Agentur des Rauhen Hauses. 138 S. Kart. 2,40 M.

Das vorliegende Buch, dessen Verfasser Geistlicher ist und die Hamburger öffentliche Wohlthätigkeitsanstalt Alsterdorf leitet, ist eine willkommene Ergänzung des Lähr'schen Werkes, das die deutschen Irren-Heil- und Pflegeanstalten beschreibt. Das Stritter'sche Buch ist durchaus sachlich gehalten, beschränkt sich auf die Darstellung der thatsächlichen Verhältnisse der einzelnen Anstalten, wie sie dem Verfasser durch Beantwortung eines von ihm versandten Fragebogens kundgegeben wurden. Die deutschen Anstalten sind genauer geschildert, als die ausserdeutschen, doch finden sich viele Mitteilungen über die Verhältnisse im Ausland, so dass man einen Ueberblick über die Idioten- und Epileptikerfürsorge anderer Kulturländer gewinnt. Eine Uebersichtskarte erleichtert das Auffinden der einzelnen deutschen Anstalten, die ja meist in kleinen ländlichen Orten gelegen sind. Ausserdem enthält das Buch ein Bildnis des Pastors Heinrich Mathias Sengelmann, des früheren Leiters der Alsterdorfer Anstalten, der 1885 in seinem „Idiotophilus" eine Statistik der Idiotenanstalten veröffentlicht hat. Gaupp.

X) **Ludwig Scholz,** (Waldbröl): Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. Halle a. S., Carl Marhold. 78 S., Preis 1,80 M.

Der Verfasser beschäftigt sich mit dem wichtigen Thema „der Psychiatrie ausserhalb der Anstalten" und wendet sich, um die Bewegung und die Thätigkeit der Irrenhilfsvereine zu verallgemeinern und zu popularisieren, an die weiteren Kreise der Laienwelt. Insbesondere soll die Schrift ein Führer für die Vertrauensmänner der genannten Vereine sein.

Zu diesem Zwecke ist dieselbe in einem frischen, lebendigen Plaudertone, in einer Sprache unmittelbar ad hominem gehalten und sucht durch drastisch gewählte Beispiele und schlagende Beweisführung das allgemeine Verständnis und Interesse zu gewinnen; in diesem an sich löblichen Bestreben wird allerdings manchmal die Grenze des Burschikosen und der Nonchalance hart gestreift.

In einem ersten Kapitel giebt Sch. eine Uebersicht der Aufgaben, welche er in engere (praktische Fürsorge für den Einzelnen) und weitere (ideelle Hebung des Irrenwesens überhaupt) scheidet.

Der Verfasser wendet sich, da die öffentliche Fürsorge nicht ausreichen könne, an die private Wohlthätigkeit, die überall da ergänzend eingreifen solle, wo die andere (staatliche oder Gemeindefürsorge) eine Lücke lasse. Er ist für eine gesunde Abgrenzung der Aufgaben zwischen beiden Institutionen.

In einem 2. Abschnitte: Irrenhilfsvereine werden dann, nach einem historischen Ueberblicke über die ganze Bewegung, die Organisation eines solchen Vereins, das Feld seiner Thätigkeit und die sich ihm entgegenstellenden Schwierigkeiten erörtert.

Sodann tritt der Verfasser in den Hauptteil seiner Darlegungen ein, die eingehende Schilderung „der engeren Aufgaben der Irrenfürsorge“ und zwar zunächst der materiellen Unterstützung Hilfsbedürftiger und ihrer Familien.

Es werden die Unterschiede besprochen, die in der Fürsorge für Sträflinge gegenüber der für Geisteskranke überall zu Tage treten. In der Frage des Arbeitsverdienstes nimmt Sch. denselben Standpunkt wie Ref. ein.

Es folgt die Schilderung der Notlage und der Schwierigkeiten, denen Entlassene in der Aussenwelt begegnen, und der Wege zur wirksamen Abhilfe; mit Recht sieht er in der Verhütung der künftigen Bedürftigkeit und in dem den Entlassenen geleisteten Beistand in allen Lebenslagen die wichtigste Aufgabe des Vereins und seiner Vertrauensmänner. Viele beachtenswerte Gesichtspunkte werden hierbei angeregt.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich eingehend mit „dem Schutz und der Ueberwachung der Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalten“ — und fordert ebensowohl einen Schutz der Kranken vor den Vorurteilen des Publikums, der Verkennung ihres Zustands, vor Misshandlung und Verwahrlosung, wie auch einen Schutz der Umgebung vor den Kranken und der Kranken gegen sich selbst (Verhütung von Gewaltthaten und Selbstmord). Sch. giebt zu, dass die Aufsichtführung grosse Schwierigkeiten biete, besonders die staatliche, und glaubt, dass der Vertrauensmann auf diesem Gebiete besser und segensreicher wirken könne.

Die familiäre Irrenpflege wird besprochen. Gegen die Verwahrung der Kranken in Arrestlokalen und Spitälern, gegen das zu komplizierte Aufnahmeverfahren, gegen die Uebelstände der Ueberfüllung der Anstalten zieht Sch. scharf zu Felde.

Der folgende Teil der Schrift „die weiteren Aufgaben der Irrenfürsorge“ handelt im ersten Abschnitt von der Verkennung des Irreseins und der Laienpsychiatrie und weist auf die Widersprüche und das Bedenkliche in der Stellung der Laien und besonders der Rechtsprechung gegenüber den Geisteskrankheiten und den Sachverständigen und weiter auf die unrichtige Auffassung und Behandlung der Verbrecher hin.

Sch. verlangt darum eine bessere psychologische Vorbildung der Juristen und einen grösseren Einfluss des Sachverständigengutachtens auf die Urteilssprechung.

Die gleiche fälschliche Beurteilung und Stellung greift auch gegenüber den zum Militär Eingestellten, sowie bei den Schulkindern ein; bei beiden werden Psychopathien und Schwachsinn verkannt und oft als Simulation angesehen.

Darum lautet der Hauptruf des Verfassers nach Hebung des Verständnisses für das Wesen und die Zeichen der Geistesstörungen

in allen Kreisen. Besonders verdient die moralphilosophische Auffassung und Behandlung der Geisteskrankheiten strengste Zurückweisung. Auch die ungesunde und verkehrte Litteratur über Psychosen und Irrenanstalten (Hetzbrochüren, Romane, Zeitungsartikel etc.) ist dem Irrenwesen und seinen besten Bestrebungen schädlich. Dagegen hilft nur die Flucht in die Oeffentlichkeit, Aufklärung des Publikums, Uebertragung psychiatrischer Anschauungen auf Regierung und Gesetzgebung.

Ein letzter Abschnitt handelt vom Kampfe gegen die Geisteskrankheiten und bespricht die Nervenheilstättenbewegung, wie überhaupt die Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Da die innern Ursachen, die erbliche Anlage, die Entartung schwer zu bekämpfen sind, so muss sich diese wichtigste Aufgabe der Psychiatrie ausserhalb der Anstalten hauptsächlich gegen die äusseren Ursachen, wie die Syphilis und den Alkoholismus, deren verheerende Eigenschaften an ihren Wirkungen geschildert werden, wenden.

Darin treffen die Bemühungen der Irrenhilfsvereine mit denen der Sozialhygiene und den allgemeinen sozialen Reformen zusammen.

In einem Anhange werden die Satzungen des Rheinischen Hilfsvereins mitgeteilt, welche sich an die Rollers und Ludwigs anschliessen.

Dies der Inhalt der sehr begrüssenswerten Schrift. Sie ist dem Zwecke, dem sie dienen soll, vorzüglich angepasst; möge sie denselben in der That erfüllen und allgemeine Verbreitung finden.

Dem Ref. ist es eine besondere Genugthuung gewesen, dass seiner eigenen Schrift sobald eine zweite mit den gleichen Anschauungen, Tendenzen und Vorschlägen nachgefolgt ist. Es ist ihm dies ein Beweis dafür, dass dieses Programm einer Verwirklichung fähig und keine Utopie ist. Darüber sollte eigentlich kein Irrenarzt im Zweifel sein, dass diese Art von Wirksamkeit in der praktischen Psychiatrie ausserhalb der Irrenanstalten eines der dringendsten Erfordernisse der Zeit auf dem Gebiete der Irrenfürsorge ist.

Ob der Weg dazu von Anfang an durch private Vereinigungen eingeschlagen wird, ist gleichgültig; jede Art der Hilfe ist willkommen.

Früher oder später wird der Staat selbst die Sache mehr und mehr in die Hand nehmen müssen, schon um ein gerechtes Gleichgewicht mit seinen andern sozialen Reformen auch in der Irrenfürsorge herzustellen. — Der Mithilfe der Oeffentlichkeit und der Laienwelt wird er aber nie entraten können.

Max Fischer (Illenau).

IV. Referate und Kritiken.

1. Anatomie des Nervensystems.

14) **Emil Raimann** (Wien): Zur Technik der Marchi-Methode (Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 13.)

Die Abänderung, die R. vorschlägt, besteht darin, zuerst die Schnittserie herzustellen und dann zu färben, weil bei der bisherigen Methode die Osmiumsäure in die dünnen Scheiben, die später geschnitten werden, oft nur ungleichmässig und mangelhaft eindringt.

R. sammelt die Schnitte in 12 nummerierten Dosen mit Müller'scher Flüssigkeit, so dass Schnitt 1,13,25 etc. in Dose 1 kommt u. s. w. In diesen

Dosen lässt R. die Marchi-Flüssigkeit 3—6 Tage wirken, wobei eine gleichmässige und vollständige Färbung erzielt wird. Hoppe.

15) **L. Kaplan:** Axencylinderfärbung. Vorläufige Mitteilung.
(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 8.)

K. beschreibt kurz eine elektive Axencylinderfärbung, welche nach 3 monatlicher Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Nachfärbung in Alkohol durch 10 prozentige frische wässerige Lösung von Anthracengallustinte entsteht. Gefärbt wird anscheinend eine Substanz des Axencylinders, welche nicht unmittelbar an der Zelle zu beginnen und sich nicht ganz bis an das Ende der Faser zu erstrecken scheint. Hoppe.

16) **Prof. Dr. W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Das antero-mediale Bündel im Seitenstrange des Rückenmarks.
(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 14.)

B. beschreibt unter diesem Namen ein besonderes Fasersystem, welches zwischen der Pyramidenseitenstrangbahn und dem lateralen Rande des Vorderhorns liegt und zum Teil in den hinteren Abschnitt der Grenzschicht von Flechsig sich hineinerstreckt. Dieser Faserzug, welcher zu gewissen Zellen des Vorderhornes in Beziehung zu stehen scheint, ist verschieden von dem früher von B. beschriebenen medialen Seitenstrangbündel, das im hinteren Teile der Grenzschicht Flechsig's an der lateralen Seite des Hinterhorns liegt und nunmehr als postero-laterales Seitenstrangbündel von ihm bezeichnet wird.
Hoppe.

17) **W. v. Bechterew:** Ueber ein wenig bekanntes Fasersystem an der Peripherie des anterolateralen Abschnittes des Halsmarks.
(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 5.)

B. macht weitere Mitteilungen über das von ihm Olivenstrang genannte Fasersystem, welches er stets als absteigende Bahn bezeichnet habe. Ob es zu den unteren Oliven wirklich in nächster Beziehung steht, wie die topographische Lage vermuten lasse, sei noch nicht ganz klar, obgleich einige neuere pathologische Beobachtungen darauf hindeuten, er nenne es deshalb seiner topographischen Lage wegen jetzt Periolivarbündel. Zu den Pyramidenbahnen stehe es, entgegen der Behauptung Obersteiners, in keiner Beziehung.
Hoppe.

18) **N. Wymbow:** Ueber die centralen Endigungen und Verbindungen des 7. und 8. Hirnnerven.
(Neurol. Centralbl. 1901, No. 10.)

In einem Falle von rechtsseitiger kompleter peripherischer Facialislähmung (infolge eines cariösen Prozesses im Schläfenbein) bei einem Patienten, der einen Monat nach Beginn der Lähmungssymptome an Miliartuberkulose zu Grunde ging, wurde der Hirnstamm nach Marchi untersucht, und eine Degeneration im Facialis und beiden Acusticusästen gefunden. Was den Facialis anlangt, so liess sich die Degeneration bis in den Kern verfolgen, sie war aber auch in einem noch nicht beschriebenen kleinen Kern (lateral und central vom Abducenskern und medial von der Facialiswurzel), den W. als accessorischen oder oberen Kern des Facialis bezeichnen möchte, zu konstatieren. Bezüglich des Verlaufs der Acusticusfasern, welcher sich in einem Referat nicht kurz beschreiben lässt, ist das Original einzusehen. Hoppe.

19) **J. Kron:** Ein Beitrag zur Lehre über den Verlauf der Geschmacksfasern.
(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 12).

Pat., ein 35 jähriger Schlächtermeister, der Alkohol- und Tabaksmissbrauch getrieben, erkrankte vor einem Jahre mit heftigen Schmerzen im Kopf, welche die ganze rechte Schädelhälfte einnahmen. Das Kauen wurde rechts fast unmöglich, die rechte Schläfengrube sank immer mehr ein. Da die Schmerzen zuletzt unerträglich wurden, so liess sich Pat. Januar 1900 in die Mendel'sche Klinik aufnehmen.

Die Schmerzen wurden in der rechten Stirnseite lokalisiert, von wo sie nach unten bis zum Jochbein zogen. Es bestand rechts vollständige Ptosis und Pupillenstarre, die rechte Pupille war weiter als die linke. Ferner bestand Anästhesie des 1. und 2. Trigeminusastes, eine geringe Hyperästhenie des 3. Astes und eine Geschmacksstörung auf den vorderen zwei Dritteln der rechten Zunge. Bitter wurde als salzig, sauer später und weniger intensiv als auf der andern Seite empfunden. Im Laufe der Behandlung wurde die Sensibilität des 3. Quintusastes wieder normal und damit schwanden auch die geringfügigen Geschmacksdifferenzen. Bei der Entlassung war nur die Sensibilität im Gebiet der ersten beiden Trigeminusäste noch hochgradig gestört, während sie im Gebiet des 3. fast normal und der Geschmack beiderseits gleich war.

P. schliesst aus diesem Fall, dass der 3. Trigeminusast die Geschmacksfasern führt und dass, da die Geschmacksstörungen für die verschiedenen Geschmacksarten nicht gleichartig auftreten, für die einzelnen Geschmacksempfindungen verschiedene Nervenfasergattungen mit verschiedener Energie existieren.

Hoppe.

---

20) **J. Jwanoff** (Warschau): Ueber die Bedingungen des Erscheinens und die Bedeutung der Varicosität der Protoplasmafortsätze der motorischen Zellen der Hirnrinde. (Vorl. Mitteilung).
(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 15).

J. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

Die Protoplasmafortsätze entwickelter Pyramidenzellen zeigen bei normalen Verhältnissen an mit schneller Golgi'scher Methode bearbeiteten Schnitten ziemlich gleiche Kontouren und sind reichlich mit dornartigen Anhängen versehen, welche als integrierender Bestandteil der Protoplasmafortsätze anzusehen sind. Das Verschwinden dieser Anhänge sowie das Erscheinen der Varicositäten an den Fortsätzen muss zu den schweren destruktiven Veränderungen gezählt, darf also keineswegs in Parallele mit den Funktionsstörungen der Zelle gestellt werden. Dieselben Veränderungen können aber auch künstlich durch Fehler der Methode hervorgebracht werden, erscheinen auch leicht bei der Leichenzersetzung. Deshalb verringert sich die Bedeutung dieser Veränderungen sehr und die Brauchbarkeit der Golgi'schen Methode zum Schätzen der pathologisch-anatomischen Veränderungen ist gering zu veranschlagen. Ganz irrtümlich aber ist es, die genannten Abänderungen auf den Amöboismus der Nervenzellen zu beziehen, dessen Annahme zu den jeder experimentellen Basis entbehrenden Hypothesen gehört.

Hoppe.

---

21) **M. Probst:** Ueber den Bau des vollständig balkenlosen Grosshirnes sowie über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz.
(Arch. f. Psych. XXXIV. (3). 709—787. 1901.

Das Thema „Balkenmangel" ist in der letzten Zeit mehrfach zur Sprache

gebracht worden; worauf man sich dabei berief, waren zwei mit ungenügenden Vorkenntnissen und ungenügender Methodik untersuchte Fälle. Es ist deshalb die vorliegende Arbeit, in der ein „balkenloses“ Gehirn an der Hand lückenloser Serienschnitte eingehend beschrieben wird, gewiss eine schätzenswerte Bereicherung der Kasuistik.

Das Gehirn stammt von einer 15jährigen Idiotin, die nie sprechen gelernt hatte, an Epilepsie litt und im Status epilepticus zu Grunde ging. Der beide Hemisphären verbindende Balken fehlte ganz, vordere und hintere Kommissur waren erhalten. Furchenbildung anormal, Mikrogyrie und Heterotypie der grauen Substanz; Gewicht 1030 gr.

Das Wesentlichste ist wieder das Vorhandensein eines kräftigen sagittalen Faserbündels längs des Seitenventrikels; dasselbe geht hinten in die Auskleidungsschicht des Hinter- und Unterhornes über. Es entspricht in Lage und Form genau dem „fronto-occipitalen Associationsbündel“ von Onufrowicz und Kaufmann. Probst nennt es Balkenlängsbündel. Die Hauptschlussfolgerungen, die sich aus dem Studium dieses Bündels ergeben, sind: es hat viele Gemeinsamkeiten mit der Anordnung des Balkens im normalen Gehirn, es existiert im normalen Gehirn als solches nicht, und ist, wie Sachs schon ganz richtig behauptet hat, nichts anderes als Balkenfaserung, die, weil sie verhindert worden ist die Mittellinie zu überschreiten, das Gehirn von vorn nach hinten durchzieht. Auffallenderweise erwähnt die Beschreibung nichts vom Schwanzkernbündel, das doch gerade in der Frage nach dem Frontooccipitalbündel eine wesentliche Rolle spielt.

Die Arbeit enthält des ferneren einige Bemerkungen sowie ausführliche Litteraturangaben über die langen Associationsbündel des Grosshirns und über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz. Schröder.

---

2. Hysterie.

22) **Lukács:** Diplegia facialis hysterica.
(Wiener klien. Wochenschr. 1901, Nr. 6).

Vor drei Jahren machte die 19 Jahre alte Patientin eine periphere rechtsseitige Facialislähmung durch, die bald heilte. Nach 6 Monaten wieder Lähmung der rechten Gesichtshälfte, eine Woche später auch linksseitige Facialislähmung. Nach 3 Jahren noch keine Heilung der doppelseitigen Lähmung. Die Intensität der Lähmung ist eine wechselnde. Der Tonus der Gesichtsmuskulatur ist stark gesunken; willkürliche Bewegungen sind, wenn auch in beschränktem Masse, ausführbar; die Reflexbewegungen bei der Mimik fehlen. Entartungsreaktion nie nachweisbar. Hysterische Stigmata konnte der Verfasser nicht nachweisen.
Lehmann (Bamberg).

---

23) **Robinson:** Le Syndrome de Briquet. (Un cas de Paralysie diaphragmatique d'origine hystérique).
(Revue neurol. Nr. II. 1901.)

Bei einem 38jährigen belasteten und der Masturbation excessiv ergebenen Individuum mit verschiedenen hysterischen Antecedentien hatte sich an der Sternalgegend ein Tumor entwickelt, der Respirationsbeschwerden nach sich zog. Nach der operativen Entfernung des Tumors stellten sich noch öfters anfallsweise Respirationsstörungen von folgendem Charakter ein: „Plötzlicher Beginn,

Unbeweglichkeit der unteren Thoraxhälfte, angestrengte Thätigkeit der accessorischen Respirationsmuskeln. Stimme tief, wie erstickt, unverständlich, die Respiration sehr erschwert, Inspiration fast Null. Der Kranke beugt den Kopf nach vorn. Beständige Atemnot, äusserste Körperschwäche. Bei der Inspektion beobachtet man, dass die Magengrube im Augenblicke der Inspiration einsinkt und eine Art Trichter bildet. Trotz der inspiratorischen Anstrengung ist die Respiration weder im Larynx, noch in den Bronchien geräuschvoll". — Verschiedene hysterische Stigmata, hysterogene Zonen in der Magengrube, am Scrotum etc.

Intelligenz erhalten, zeitweise jedoch Grössenideen.

Nach der Ansicht des Autors handelt es sich um einen hysterischen Degenerierten, der die von Briquet als hysterische Zwerchfelllähmungen beschriebenen Erscheinungen darbietet. Der Autor bemerkt jedoch, dass gewisse medikamentöse (Atropin) und alimentäre Intoxikationen eine grosse Aehnlichkeit mit dem von Briquet beschriebenen Bilde aufweisen; er lässt die Frage offen, ob es sich nicht bei seinem Patienten um eine Intoxikation letzterer Art handelt.

L. Loewenfeld.

---

24) **L. Mann** (Breslau): Ueber einen Fall von hysterischer sensorischer Aphasie. (Berl. klin. Wochenschr. 1901, Nr. 5).

Oppenheim: Bemerkung. (Berl. klin. Wochenschr. 1901, Nr. 7).

Ein 7jähriges bisher gesundes und gut entwickeltes Mädchen begann einige Tage nach einem Aerger undeutlich zu sprechen. Die Sprachstörung nahm in 3 Tagen bis zur völligen Unverständlichkeit zu, während das Kind auch das Verständnis für das Gesprochene verlor. Die Untersuchung ergab bei dem anämischen, schlecht genährten Kinde, welches sonst ganz munter war, eine vollständige Sprachtaubheit oder sensorische Aphasie. Geräusche wurden gehört und richtig interpretiert, während das Sprachverständnis aufgehoben war. Ausserdem bestand eine Paraphasie derart, dass vorgesprochene Worte im allgemeinen in Rhythmus und Silbenzahl richtig, aber sonst in völligem Kauderwelsch wiedergegeben wurden, gelegentlich waren auch Anklänge an das richtige Wort vorhanden (besonders in der Zahlenreihe 1—20), während nur zwei unverstümmelte Worte („Mittel" und „Martha") sowohl spontan als beim Nachsprechen vorhanden waren. Schreiben nach Diktat war unmöglich, während Abschreiben korrekt vor sich ging; zum Spontanschreiben war das Kind nicht zu bewegen, dagegen schrieb es die Namen einfacher Gegenstände, die ihm gezeigt wurden, und die Zahl der Finger stets richtig auf. Beim Lesen zeigte sich wie beim Nachsprechen Paraphasie; das Verständnis des Gelesenen war nur für einzelne geläufige Worte vorhanden.

Bei dem Mangel aller sonstigen Cerebralsymptome, während die Störungen ein so grosses Hirngebiet einnahmen, entschied sich M. für die Diagnose Hysterie, welche auch schliesslich durch den Erfolg der Behandlung bestätigt wurde. Allerdings war die monatelange Anwendung selbst der stärksten schmerzhaften Reize (faradisches Pinseln der Lippen, Gesichtshaut etc.) mit entsprechender Suggestion zunächst ganz erfolglos; als aber nach 9 Monaten die Isolierung der Kranken durch Aufnahme in die Anstalt mit Bettruhe hinzukam, lernte Pat. unter konsequenter Anwendung der Uebungstherapie ziemlich schnell wieder sprechen, so dass sie nach $2^1/_2$ Monaten vollständig geheilt war.

Ein Fall von sensorischer Aphasie, die bisher stets als pathognomonisches Symptom einer organischen Hirnläsion angesehen worden ist, bei Hysterie ist in der Litteratur nicht berichtet. Der Fall würde somit einzig dastehen. Doch bestreitet Prof. Oppenheim in seiner Bemerkung noch die Richtigkeit der Diagnose, indem er darauf hinweist, dass die Heilung von organischen Aphasien besonders bei Kindern in ganz entsprechender Weise vor sich gehe; die Anwendung des schmerzhaften faradischen Stromes, der in der ersten Zeit auch nicht den geringsten Erfolg gehabt habe, sei zwecklos gewesen. Hoppe.

---

25) **B. C. Loveland** (Syracuse N. Y.): Hysterical anästhesia and analgesia. (New-York Med. Journ. 1901, 16 Febr.)

Das 24 jährige, erblich nicht belastete Mädchen, welches vor 2 oder 3 Jahren durch den plötzlichen Tod seines Vaters eine heftige seelische Erschütterung erlitten und mehrere Jahre hindurch infolge einer Liebesangelegenheit viele Aufregungen durchgemacht hatte, wurde, als dieselbe schliesslich bei dem Widerstande seiner Angehörigen zum Bruche geführt hatte, 3 Wochen später sehr aufgeregt, schlaflos und äusserte Beeinträchtigungsideen. Dabei klagte sie über ein taubes Gefühl in den Beinen.

Die Untersuchung ergab eine unregelmässig verteilte Anästhesie für taktile, thermische und Schmerzempfindungen. Von der Anästhesie waren betroffen: alle Extremitäten, der Rumpf vorne vom Schlüsselbein bis zu der Brustwarze und hinten auf dem Rücken ein entsprechendes Gebiet; dann begann eine Zone normaler Sensibilität, welche sich hinten mit Ausnahme zweier hyperästhetischer (und hysterogener) Punkte unterhalb der Scapula bis zu den Glutaealfalten erstreckte, während sie vorn nur bis zur Höhe der 10. Rippe ging, wo eine hyperästhetische Zone begann, die bis zur Schamleiste reichte.

Unter der Behandlung (Faradisation), unter welcher sie noch mehrere hysterische Phasen (Verstopfung, Krämpfe, Diarrhoeen, menstruelle Blutungen in 4 tägigen Perioden, Erbrechen, Urinverhaltung) zeigte, kehrte die Sensibilität zuerst in den Extremitäten wieder, um allmählich proximalwärts fortzuschreiten.
Hoppe.

---

26) **B. E. Mc Kewnie** (Toronto): Neuroses as seen in orthopaedic practice. (New-York Med. Journ. 1901, 13 Juli.)

M. teilt ausführlich 8 Fälle mit, die wegen Gehstörungen und Beschwerden im Rückgrate in seine orthopädische Behandlung kamen, aber sich als einfache Neurosen (Hysterie, Neurasthenie) erwiesen, welche durch eine vorzugsweise psychische Behandlung (Isolierung, Stärkung des Selbstvertrauens, ev. Bettkur mit Massage resp. gymnastische Uebungen) geheilt wurden. Hoppe.

---

27) **M. Sander:** Ueber transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. (Deutsche med. Wochenschrift 1901, Nr. 28, S. 462 ff.)

Sander teilt 4 Fälle transitorischer Geistesstörung mit, die sich im Anschluss an gemütliche Erregungen (3 mal nach Liebeskummer) bei vorher und nachher geistesgesunden Menschen entwickelte, akut begann, kurz dauerte und plötzlich verschwand; nachher bestand völlige Amnesie. In 3 Fällen war das Bild das der „hallucinatorischen Verwirrtheit“, einmal bestand ein Stupor von 6 tägiger Dauer. Sander nimmt eine hysterische Grundlage der Psychosen an, ohne freilich diese Annahme für alle 4 Fälle ganz hinreichend begründen

zu können. Die grosse Selbstmordgefahr, in der sich Kranke während solcher transitorischer Geistesstörung befinden, wird durch die mitgeteilten Krankengeschichten gut veranschaulicht. Gaupp.

28) **Raecke:** Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes.*)
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 1.)

Verfasser berichtet über 5 Beobachtungen, die sich denen Gansers (Archiv f. Psych. Bd. XXX) über hysterische Dämmerzustände bei Untersuchungsgefangenen anschliessen. Auch hier betraf die Erkrankung in 4 Fällen Untersuchungsgefangene, aber ein ganz analoger bei einer ausgesprochenen Hysterica, die nie kriminell geworden ist, beweist, dass das Bild nicht den Untersuchungsgefangenen, sondern dem hysterischen Geisteszustand eigentümlich ist. Es ist charakterisiert durch Unorientiertheit, meist depressiven Affekt, und vor allem durch die Unfähigkeit, die einfachsten Fragen richtig zu beantworten, obwohl sie richtig aufgefasst werden: die Kranken können nicht ihre Personalien angeben, nicht bis 10 zählen, wissen nicht zu sagen, wie viel Arme und Beine sie haben und dergleichen. Daneben bestehen Sensibilitätsstörungen und Kopfschmerzen; es können auch hallucinatorische und motorische Stereotypien hinzutreten. Auffallend ist die grosse Suggestibilität; das Benehmen der Kranken ist direkt beeinflussbar und wechselt sofort mit der Aenderung der Umgebung. Nach mehreren Tagen bis Wochen schwinden die Symptome mit Hinterlassung einer, kürzere oder längere Zeit umfassenden Amnesie.

R. ist der Ansicht, dass durch Aufregungen und Angst besonders während der Untersuchung und die Einzelhaft bei den wenig widerstandsfähigen Personen der Dämmerzustand entsteht, und durch die ärztliche Exploration suggestiv befestigt wird. Er rät daher an, wenig Gewicht auf die Krankheitserscheinungen zu legen, die Patienten nicht zu Bett liegen, sondern bald arbeiten zu lassen, wobei sich ihr Zustand schnell bessert. Die Mitteilung zu geeigneter Zeit, dass die Krankheit, da erst in der Untersuchungshaft entstanden, auf den Ausgang des Prozesses ohne Einfluss sei und nur die Entscheidung verzögere, beschleunige die Heilung. Die Verantwortlichkeit für die Strafthat wird durch diese Erkrankung nach Meinung R.'s nicht aufgehoben, wenn nicht, wie in einem der 5 Fälle, der Dämmerzustand schon zur Zeit der inkriminierten Handlung bestand. Chotzen.

29) **Georges Feron** (Bruxelles): Un cas d'anesthésie générale et presque totale.
(Journ. de neurol. 1901, Bd. 6, Nr. 7, S. 121).

38jähriger nervöser Maurer verspürte seit $3^1/_2$ Jahren schmerzhaftes Kriebeln im linken Arm und Bein, das sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitete, darauf auch Steifigkeit der Beine, die ihn am Gehen hinderte und seit 3 Jahren an das Zimmer, zumeist auch an das Bett fesselte.

Die Untersuchung stellte folgenden Befund fest: Hochgradig schmerzhaftes Kriebeln, das den Schlaf sogar raubt. Die Schmerzen ergreifen auch den Knochen. Cirkulations- und Respirationsapparat funktionieren normal. Neigung zu Konstipation. Häufiger Urindrang; Urin selbst normal. Freiwillige Bewegungen erhalten, indessen besteht eine mässige Parese der linken Ober- und beider Unterextremitäten. Beim Gehen werden die Füsse auf dem Boden entlang geschleift. Keine Zuckungen oder Krämpfe, auch keine Kontrakturen je beobachtet. Elektrische Erregbarkeit an den Oberextremitäten normal; an den

*) Anmerkung: Vergl. hiezu Nissl's Ausführungen in der Originalabhandlung dieses Heftes. Die Red.

Unterextremitäten für beide Stromesarten an Muskeln und Nerven herabgesetzt. Muskelkraft herabgesetzt. Muskelmassen an Volumen verringert. Leichter Intentionstremor. Keine Ataxie oder Incoordination. Muskelsinn gut erhalten. Verfasser macht in dieser Hinsicht auf die Untersuchungsmethode aufmerksam, die ganz verschiedene Resultate ergiebt, jenachdem die Hand, deren Muskelsinn geprüft wird, eine Stütze hat oder deren entbehrt: Wird die Hand des Kranken nicht aufgestützt, so wird bereits ein Gewicht von 100 Gr. deutlich empfunden, wird sie aber auf den Tisch gestützt, so ruft ein Gewicht von 1 Kgr. keine Empfindung hervor. Sehnen- und Hautreflexe in normaler Weise erhalten. Romberg'sches Zeichen. Taktile Sensibilität überall herabgesetzt, ausgenommen eine 5-Francs-Stück grosse Stelle um die rechte Brustwarze. Thermische Sensibilität am ganzen Körper geschwunden. Sensibilität für Schmerz überall geschwunden, ausgenommen an der oben bezeichneten Stelle der rechten Brustwarze. An allen Knochen besteht ebenfalls vollständige Anästhesie, wie Verfasser mittels des von Egger angegebenen Verfahrens (Diapason mit weiten und hinsichtlich der Zahl relativ beschränkten Schwingungen) nachzuweisen vermochte. Im Bett fühlt der Kranke nicht das Gewicht der Bettdecken, beim Gehen nicht den Fussboden. Die Bindehaut ist empfindlich. Bewegungen der Augenmuskeln normal. Reflexe der Accomodation auf Entfernung und Lichteinfall erhalten, aber anscheinend herabgesetzt. Kein Nystagmus. Beträchtliche und beinahe konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Neuritis auf beiden Augen mit beginnender Atrophie der linken Papille. Geruchsinn vollständig geschwunden. Geschmackssinn desgleichen. Gehörsinn herabgesetzt. Geschlechtstrieb scheint erloschen. Keine trophischen Störungen. — Bemerkenswert erscheint noch das Vorhandensein von Pigmentflecken über fast den ganzen Körper, was auf syphilitischen Ursprung hinweist, wofür auch die allgemeine Drüsenanschwellung spricht. Der Kranke leugnet zwar eine Infektion.

Die allgemeine Anästhesie giebt der Verfasser der Hysterie Schuld, an der der Kranke leidet. Die Neuritis führt er auf die vorausgegangene Syphilis zurück. — Am Schlusse seiner Arbeit lässt er sich etwas eingehender auf die Frage der Knochensensibilität und ihre Prüfung aus. Buschan.

---

30) **Marandon de Montyel.** Rapports de l'hystérie et de l'impaludisme. (La presse médicale 1900, 87.)

M. bespricht die Beziehungen zwischen der Malaria und der Hysterie. Er hat einen Fall beobachtet, wo durch die Malariainfektion eine vorher bestehende Hysterie dauernd zur Heilung gebracht wurde und auch, nachdem die Malaria bereits lange geheilt war, nicht wiederkehrte. Demgegenüber sah er dreimal die Malaria die Hysterie hervorbringen, wobei es sich allerdings um disponierte Individuen handelte, so dass der Malaria nur die Rolle des agent provocateur zugeschrieben werden darf; zweimal verschlimmerte sich eine bestehende Hysterie unter dem Einfluss der Malaria, zweimal bewirkte letztere ein Wiederauftreten der, mehrere Jahre latent gebliebenen Neurose. Aehnliches gilt für das Verhältnis von Malaria und Epilepsie; im ganzen ist hier der ungünstige Einfluss der Malaria doch aber weniger scharf ausgeprägt.

Cassirer.

Die Herausgeber des Centralblattes statten Herrn Dr. Hans Kurella bei seinem Ausscheiden aus der Redaktion den herzlichsten Dank ab für seine dem Centralblatt durch viele Jahre hindurch gewidmete Thätigkeit als Schriftleiter. Seiner Umsicht in der Aufstellung des Arbeitsprogrammes, seinem Eifer in der Durchführung desselben, seiner gewandten Feder und nicht mindestens seinen vielen persönlichen Beziehungen verdankt das Centralblatt sein grosses Ansehen im In- und Auslande. Wir schätzen uns glücklich, auch fernerhin auf Herrn Kurella's bewährte Kraft unter den Mitarbeitern zählen zu können.

Im Namen der Herausgeber:

Albrecht Erlenmeyer.

Als

Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikalischen Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik

erscheint die bisher dem „Centralblatt für Nervenheilkunde" $^1/_4$jährlich beigegebene

Zeitschrift für Elektrotherapie und ärztliche Elektrotechnik

herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, jetzt im Verlage von

Vogel & Kreienbrink,
Südende-Berlin,

allmonatlich in Stärke von 2—3 Bogen und kostet für die Abonnenten des „Centralblattes für Nervenheilkunde" jährlich Mk. 6,—, statt Mk. 12,—.

Die Redaktion des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie bittet sämtliche Mitarbeiter, künftig alle Beiträge (Originalartikel, Vereinsberichte, Referate, Kritiken, Notizen) an Privatdozent Dr. Gaupp in Heidelberg, Bergheimerstrasse 56, zu senden.

Um spontane Einsendung von Separatabzügen, Personalnotizen etc. an die Redaktion

Privatdozent Dr. Gaupp, Heidelberg,

wird gebeten.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Südende-Berlin und Leipzig.

XXV. Jahrgang. **1902 Februar.** Neue Folge. XIV. Bd.

I. Originalien.

Ueber die Geschichte der Katatonie.*)

Erich Arndt, Assistent der Irrenklinik Heidelberg.

In dem Folgenden will ich versuchen, einen Ueberblick zu geben über die Entstehung und Entwickelung des Begriffes Katatonie.

Es soll zunächst auf die Geschichte der drei Hauptbestandteile der Katatonie eingegangen werden; nämlich ihres eigentümlichen Verlaufes, der Melancholia attonita und der motorischen Symptome. Dann würde ein Blick auf Kahlbaums nosologisches System zu werfen sein, aus welchem auf Grund seiner Forschungsmethode und des vorhandenen oder durch ihn erworbenen Beobachtungsmaterials die Katatonie hervorgegangen ist. Nach der Besprechung der Kahlbaum'schen Definition erscheint es notwendig, die von dem gleichen Forscher aufgestellte Hebephrenie

*) Zum Teil vorgetragen in der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe. Nov. 01.

zu betrachten, welche im Laufe der Zeit in immer nähere Beziehung zur Katatonie geriet. Unter kurzer Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte der Hebephrenie wäre dann am besten ihre Entwickelung gleich bis zu dem Punkte zu verfolgen, wo sie einen deutlichen Einfluss auf die Gestaltung des Begriffes Katatonie auszuüben und mit ihm zu verschmelzen beginnt. Nunmehr soll die Betrachtung der Entwickelung der Katatonie angeschlossen werden, wobei zum besseren Verständnis ein Blick auf die Begriffe primäre Verrücktheit und akute Verwirrtheit geworfen werden muss. Für diese Entwickelung kämen zunächst einige monographische Bearbeitungen in Betracht, ferner die Aufstellungen der Systematiker unter den Psychiatern. Zum Schlusse würde noch die Theorie der motorischen Symptome, sowie der Wechsel der Anschauungen über einzelne Fragen, wie Aetiologie und Anatomie, eine kurze Erörterung zu erfahren haben. Dieser letzteren Punkte würde im Zusammenhange mit einem Blick auf die Stellung des Auslandes zu dem Begriffe Katatonie Erwähnung zu geschehen haben.

Kahlbaum war darüber nicht im Unklaren, dass er mit seiner 1874 ausführlich publizierten Katatonie hinsichtlich der einzelnen Symptome, Symptomengruppen und des eigentümlichen Verlaufs in der Hauptsache die Resultate der bisherigen Forschung zusammenfasste, indem er eine Methode der psychiatrischen Forschung zum Grundsatz erhob, welche vor ihm nur vereinzelt von den Franzosen befolgt worden war, nämlich die Methode, unter Berücksichtigung der Pathogenie, der gesamten Krankheitssymptome, des Verlaufes und „Ausganges" natürliche, das heisst in der Natur vorhandene Krankheitseinheiten aufzustellen.

Die Geschichte des stadienmässigen Verlaufs der Katatonie geht auf Pinel zurück. Aus der Mannigfaltigkeit der psychischen Krankheitserscheinungen hatte man schon im Altertum die Symptomengruppen Manie, Melancholie und Demenz herausgehoben. An diese Ueberlieferungen anknüpfend, stellte Pinel 1809 sein vierteiliges System auf, indem er unterschied:

Manie ou délire général,
Melancholie ou délire exclusif,
Démence ou abolition de la pensée,
Idiotisme ou oblitération des facultés.

Pinel, welcher hiermit den folgenreichen Begriff des partiellen und generellen Delirs einführte, behauptete, allein auf dem Boden der Beobachtung seine Formen gefunden zu haben, für welche er ausdrücklich nur die Geltung von Symptomenkomplexen beanspruchte. In Wahrheit aber war er in seinem traité médico-philosophique vielfach von psychologischen Vorurteilen geleitet worden, wie er auch die Ansicht aussprach,

dass man die Geistesstörungen nicht studieren könne ohne gründliche Kenntnis der Lehren Lokes und Condillacs. Diese seine vier Formen können sich gegenseitig ablösen, ineinander übergehen und sich miteinander verbinden. Bestimmtere Angaben über den Verlauf machte er bei der Manie, in der er die Stadien der Vorläufer, des Ausbruches, der Höhe und des Abfalls kurz unterschied. Für die Fortbildung des Systems Pinels durch Esquirol gab den hauptsächlichsten Anstoss seine Teilung der Manie in die Manie avec délire und sans délire. Esquirol stellte, wie sein Lehrer durch psychologische Erwägungen beeinflusst, den Begriff der partiellen Seelenstörung noch energischer in den Vordergrund, indem er mit Rücksicht auf den partiellen Charakter des Leidens die Manie sans délire mit dem exklusiven Delir der Melancholie unter dem Namen Monomanie vereinte, welcher er als allgemeines Delir die Manie gegenüberstellte. Diese Unterscheidung der totalen und partiellen Seelenstörung ist in Frankreich von Georget und Baillarger zum Haupteinteilungsprinzip ihrer Systeme erhoben worden und spielte später auch in der Aufstellung Kahlbaums eine bedeutende Rolle. Esquirol erkannte, wie Pinel, in seinen vier Formen

Monomanie
Manie
Démence
Idiotisme

ausdrücklich nur Symptomenkomplexe an, welche vielen Seelenstörungen gemein seien, die in ihrer Entstehung und Ausgange grosse Verschiedenheiten zeigten. Die Seelenstörungen können allmählich und abwechselnd die drei ersteren Formen annehmen, die sich zu verbinden und zu ersetzen vermögen im Laufe einer Krankheit und bei einem Individuum. Die genannte Andeutung Pinels über den Verlauf der Manie formuliert Esquirol zu einem Lehrsatze dahin, dass er sagt: Die Seelenstörungen haben wie körperliche Krankheiten einen bestimmten Verlauf und dieser wie bei jenen Krankheiten seine Vorläufer, seinen Anfang, seinen Höhepunkt und Ausgang. Dieser Ausgang ist aber für die Form der Melancholie und der Manie sehr häufig die dritte Form, die Demenz; man kann diese dritte Form als die letzte Stufe aller chronischen Formen der Geisteskrankheiten bezeichnen. Da aber diese bei den ersten Formen von lebhaften Affekten begleitet sein sollten im Gegensatz zu der Demenz, so inaugurierte Esquirol hier die spätere Aufstellung der Deutschen von primären und sekundären Störungen. Zeigte Esquirol schon das Bestreben, an der Hand des Verlaufes Uebersichtlichkeit in die Krankheitserscheinungen zu tragen, so waren es doch erst seine Nachfolger, welche sich bemühten, teilweise unter ausdrücklicher Anerkennung

des Wertvollen dieser Anschauungsweise mit Rücksicht auf den Verlauf nicht allein mehr Symptomenkomplexe, sondern wirkliche Krankheitseinheiten aufzustellen. Bayle, Calmeil schufen die progressive Paralyse, Baillarger die folie à double forme. Am ausdrücklichsten wohl stellte Falret, unter dem Einflusse von Griesinger und Baillarger 1854 seine folie circulaire als natürliche Form auf, indem er betonte, dass man sich angelegen sein lassen müsse, wirkliche Krankheitseinheiten zu entdecken, welche bis jetzt zwar unbekannt seien, aber durch das aufmerksame Studium der Verlaufsweisen der Geistesstörungen gefunden werden könnten. Die folie circulaire Falrets hat später Kahlbaum mit veranlasst, seine vesania typica zn bilden.

Während so in Frankreich durch Esquirol rasch der Weg gefunden wurde, um zu natürlichen Krankheitseinheiten zu gelangen, welcher schliesslich in Morels Bestrebungen mündete, gelangte die Psychiatrie in Deutschland erst auf einem Umwege, zum Teil durch die Bemühungen Kahlbaums, zu demselben Resultat. Dieser Umweg führte über die Zeller'sche Lehre von der einen und einzigen Geistesstörung, die in vier Stadien verläuft. Zeller zog in seinem Dogma nur die Konsequenzen aus den Lehren Esquirols und des belgischen Forschers Guislain. Guislain erfasste noch tiefer, als Esquirol den Gegensatz von Symptomenkomplex oder Zustandsform und Krankheitseinheit. Er bemühte sich Elementarformen aufzustellen, aus deren Zusammensetzung sich die eigentlichen Krankheitsformen ergeben sollten; konsequent ist freilich auch er in dieser Unterscheidung nicht gewesen. Seine Elementarformen sind die

Melancholie,
Extase (Aufhebung der intellektuellen Handlungen mit allgemeiner Muskelstarre),
Manie,
Folie (Anomalien des Willenslebens),
Delirien,
Dementia.

Je gründlicher aber Guislain den geringen Wert der Zustandsform für die Konstituierung von Krankheiten betonte, um so grössere Bedeutung musste er der Beobachtung des Verlaufes beimessen, dem Wechsel, der „Metamorphose" der einzelnen Elementarformen. Er stellte am ausdrücklichsten die Ansicht auf, dass die Melancholie alle Geisteskrankheiten einleite, wie alle Geistesstörungen auf dem Boden einer Gefühlsalteration, des sogenannten Seelenschmerzes, verlaufen sollten. In Analogie mit den fieberhaften Krankheiten sollten die Geistesstörungen in den Stadien prodromorum, incrementi, acmes, decrementi und Rekonvalenz sich abwickeln. Guislain spricht die anatomisch gedachte Vorstellung aus, dass

die Geistesstörung anfänglich die Gefühle beteilige, dann das Gebiet der Impulse und Leidenschaften ergreife, um schliesslich bis zu dem Sitze der Gedanken zu gelangen. Er unterscheidet primäre, secundäre, tertiäre und quaternäre Störungen. Pinel, Esquirol und Guislain gaben mehr oder weniger deutlich die Aufstellung einzelner Symptomenkomplexe, welche in gesetzmässiger Weise in einander übergehen und enden; Zeller zog 1840 den naheliegenden Schluss, dass diese Symptomenkomplexe den Inhalt einer natürlichen Geisteskrankheit, nämlich der einen und einzigen Geisteskrankheit ausmachten, welche charakterisiert sei durch die gesetzmässige Verlaufsfolge solcher Symptomenkomplexe, welche mit einer Melancholie begönne und in einer Demenz ende und auf jeder Stufe zur Genesung führen könne. Dieser Stadien nannte er in Anlehnung an die Aufstellungen Esquirols und Guislains vier:

Schwermut,
Tollheit,
Verrücktheit,
Blödsinn.

Zu allgemeiner Verbreitung gelangte die Zeller'sche Lehre durch seinen Schüler Griesinger, dessen Lehrbuch 1845 erschien. Es giebt zwei Gruppen psychisch-anormaler Grundzustände, heisst es bei Griesinger, einmal beruht das Irresein auf krankhaftem Entstehen von Affekten und affektartigen Zuständen, zweitens in Störungen des Denkens und Wollens meist mit dem Charakter der Schwäche. Diese letzteren Zustände sind meist nur Folgezustände der ersteren. In der ersten Gruppe wird eine gewisse Aufeinanderfolge der einzelnen Arten affektartiger Zustände ersichtlich; so ergiebt sich die Betrachtung des Irreseins, die in verschiedenen Formen nur verschiedene Stadien eines Krankheitsprozesses anerkennt, welcher zwar modifiziert und unterbrochen werden kann, im ganzen aber successiven Verlauf innehält, der bis zum Zerfall des psychischen Lebens führen kann. Diesen seelischen Störungen gehen die anatomischen Störungen parallel, welche nur in den ersten Stadien rückbildungsfähig und nur in den letzten greifbar sind. Daher werden unterschieden die primären heilbaren Störungen, die mit Affekt verknüpft sind, und die sekundären unheilbaren im Verstandesleben mit dem Charakter der Schwäche. Lag schon in dieser Unterscheidung der primären und sekundären Störung ein Angriffspunkt, welcher die Zeller'sche Einheitspsychose zu Falle brachte, so fand sie ihre gründliche Auflösung gerade dadurch, dass sie ihr Prinzip durch Neumann auf die Spitze trieb. Während Griesinger trotz seiner theoretischen Ueberlegungen die alten Krankheitsformen als Krankheitsarten aufführte, stellte Neumann 1859

den radikalen Satz auf: Es giebt nur eine Art der Seelenstörung, wir nennen sie das Irresein. Man mache sich einmal mit der Ansicht vertraut, dass die Krankheiten des Menschen den Klassenbegriff abgeben, unter welchem die Geisteskrankheiten als Genus erscheinen, die einzelnen vorkommenden Fälle aber die Spezies repräsentieren. Es ist aber allen Spezies gemein, dass sie als Wahnsinn beginnen, in Verwirrtheit übergehen und in Blödsinn enden. Neumann blieb mit seiner Ansicht nichts weniger, als isoliert; ausser Zeller und Griesinger standen Flemming, Jacobi und Leidesdorf auf dem Boden der Lehre von der einen Geistesstörung. Im Gegenteil ging Jacobi von seinem somatischen Standpunkte aus noch weiter. Sagte Neumann, es giebt nur eine Seelenstörung, so sagte Jacobi, es giebt überhaupt keine Seelenstörung eigener Art; das, was wir Seelenstörung nennen, ist nur Komplikation mannigfaltiger körperlicher Erkrankungen. Eine Klassifikation ist nicht nur überflüssig, sondern unmöglich, denn die Seele als unteilbare Einheit kann nicht erkranken. Damit war aller methodischen klinischen Forschung in der Psychiatrie ein Riegel vorgeschoben. Kahlbaum versuchte diesen Riegel zu sprengen. Die Neumann'sche Lehre von der einen Geisteskrankheit war im letzten Grunde nur ein Ausdruck der Verzweiflung an der Möglichkeit einer Klassifikation. Die Formel Flemmings und Neumanns lautete: „lieber gar keine Klassifikation, als eine schlechte". Die Lehre von der Einheitspsychose in der Neumann'schen Rigorosität war die Anerkennung der Fruchtlosigkeit der bisherigen Klassifikationsversuche, war das Zeichen eines hilflosen Skepticismus. Kahlbaum suchte nun 1863 in seiner Gruppierung der psychischen Krankheiten nachzuweisen, dass die bisherigen Klassifikationsversuche scheitern mussten, denn der Fehler lag in der Methode. Eine Selbsttäuschung der bisherigen Forscher sei es gewesen, anzunehmen, dass ihre Systeme sich in Wahrheit auf dem Boden der Beobachtung erhoben hätten, rationalistische Systeme seien das alles gewesen, hervorgegangen aus einer vorgefassten, meist psychologischen Doktrin. Ein weiterer Fehler sei dadurch begangen worden, dass man Krankheitsstadium und Krankheitsform nicht scharf genug unterschieden habe. An dieser Stelle will Kahlbaum den Hebel ansetzen. Er will scharf Krankheitsstadium und Krankheitsform trennen und auf dem Boden wahrhaft methodischer, vorurteilsloser Forschung unter Berücksichtigung aller Krankheitszeichen, der Aetiologie, des Verlaufes und Ausganges natürliche, das heisst in der Natur vorhandene, Krankheitseinheiten aufstellen. Das Wertvolle der Zeller-Neumann'schen Lehre, welches in dem Studium eines wohlcharakterisierten Krankheitsverlaufes bestand, suchte er zu erhalten und erhielt es in der Aufstellung des typischen

Irreseins. In der vesania typica Kahlbaums, einer umgrenzten Krankheitsform, welche in den vier Stadien:

Melancholie,
Manie,
Verwirrtheit,
Blödsinn

verläuft, aber auf jeder Stufe Halt machen kann, ging die Lehre von der einen Geistesstörung mit vier Stadien ohne Rest auf. Die Katatonie aber ist entstanden im Anschluss an das Verlaufsschema der vesania typica und ist wie diese die Frucht des Bestrebens, auf dem Boden klinischer Forschung natürliche Krankheitsformen aufzustellen. Es ist die Anerkennung der Methode, welche den Begriff Katatonie schuf, mit der eben dieser Begriff steht und fällt.

Die wichtigste Symptomengruppe der Katatonie ist die Melancholia cum stupore oder attonita. Pinel beschrieb Krankheitsbilder, welche vor ihm unter dem Namen Melancholia attonita der Melancholie unterstellt worden waren, unter dem Symptomenkomplex l'idiotisme, da er die Intelligenzstörung betonte und die erworbenen und angeborenen Zustände so wenig, wie die heilbaren und unheilbaren systematisch trennte. Die Heilbarkeit dieser Attonitätszustände war ihm ebensowohl bekannt, wie der gelegentliche Uebergang in ein Erregungsstadium. Erst Esquirol unterschied gründlich zwischen angeborenen und erworbenen Störungen und stellte seine ersten drei Symptomengruppen: Monomanie, Manie und Demenz der vierten, dem Idiotismus, als wesensungleich entgegen. So war es natürlich, dass er die Attonitätszustände als erworben aus der Gruppe idiotisme herausnahm und in die Gruppe der démence (Verwirrtheit) unterbrachte, indem er seinerseits noch akute heilbare und chronische unheilbare Prozesse zusammenstellte. Esquirol bezeichnete die von Pinel beschriebenen Zustände als démence aigüe und trennte sie von ähnlichen Formen, die auch bei der Melancholie vorkommen und sich dadurch von der dementia acuta unterscheiden sollten, dass bei der Melancholie die intellektuellen Fähigkeiten zwar gestört, aber nicht aufgehoben seien. Georget that den letzten Schritt, indem er nun auch die heilbaren von den unheilbaren Prozessen absonderte und die Attonitätszustände sowohl aus der Demenz, wie aus der Idiotie herausnahm und eine eigene Gruppe aus ihnen schuf: die stupidité. Während Etoc-Damazy zwar die stupidité anerkannte, jedoch schon darauf hinwies, dass er sie von der Melancholie öfter nicht zu unterscheiden vermöge, stellte sich Baillarger 1843 in bewussten Gegensatz zu seinen Vorarbeitern und sprach sich, auf die Anschauungen vor Pinel zurückgreifend, entschieden dahin aus, dass die stupidité Georgets und die démence aigüe

Esquirols der Melancholie angehörten und nichts seien, als ein Stadium derselben, ihre höchste Entwickelung. Er nannte diese Form der Melancholie Melancholie avec stupeur und stellte sie namentlich 1853, ebenso wie die folie à double forme, mit dem Anspruche auf, dass es sich bei ihr nicht wie bei der stupidité um einen Symptomenkomplex handele, sondern um eine natürliche Krankheitseinheit, bestehend aus einem melancholischen Anfangsstadium und nachfolgendem Stuporzustande, welchen nicht selten Aufregungszustände einleiten sollten. Guislain nahm insofern eine vermittelnde Stellung ein, als er die in Rede stehenden Krankheitsbilder teils unter der stupidité, teils unter der dementia und extasis abhandelte und sich geneigt zeigte, die extatischen Zustände der Melancholie nahe zu stellen. In der Extase hebt Guislain an diesen Forderungen das somatische Element besonders hervor, welches später in der Aufstellung der Katatonie eine ausschlaggebende Rolle spielte, nämlich die allgemeine Muskelstarre. Extase ist nach der Definition, welche er 1853 giebt, ein Zustand von Aufhebung der intellektuellen Handlungen mit allgemeiner Muskelstarre. Die Verbindung mit Exaltationszuständen war ihm bekannt, auch spricht er von ungünstigen Ausgängen in Blödsinn und Tod. Im übrigen bezeichnet er, ebenso wie die französischen Psychiater, die Prognose der Attonitätszustände als im allgemeinen günstig, was um so verständlicher ist, als die scharfe Trennung von periodischen Depressionszuständen meist unterblieb und das Studium leichter Schwächezustände ebenso gering war, wie die Kenntnis späterer Recidive. In Deutschland beschrieb man die Attonitätszutände teils den Traditionen vor Pinel, teis den Neuaufstellungen Baillargers folgend unter dem Titel Melancholie. Heinroth nannte sie Melancholia aboule, Griesinger Schwermut mit Stumpfsinn. Griesinger machte darauf aufmerksam, dass das Krankheitsbild sich primär entwickeln könne, auch nach epileptischen Anfällen und nach Zuständen von Tobsucht und im Wechsel mit derselben vorkomme. Auch Kieser gab 1853 in seinen Elementen der Psychiatrik eine ausführliche Beschreibung der Melancholia attonita. Er fasste den Zustand als psychisch bedingt auf und erklärte ihn, ähnlich wie spätere, aus dem Reflex eines krankhaft gesteigerten Gefühls auf das Willensorgan, während schon Reil gezweifelt hatte, ob es sich nicht mehr um eine Krankheit der Bewegungen, als des Vorstellungsvermögens handele. Kieser betonte die nahe Verwandtschaft zu Erregungszuständen und stellte die Prognose noch ungünstiger, als Griesinger, häufig sollte der Tod durch Erschöpfung oder Schwindsucht eintreten und der Ausgang in geistige Schwäche nicht selten vorkommen, auch sei die Neigung zu Recidiven vorhanden.

Das sind die Resultate der Beobachtungen von Attonitätszuständen,

welche Kahlbaum vorfand. Kahlbaum stellte sich zu der herrschenden Anschauung in Gegensatz, insofern er ausdrücklich verneinte, dass in der Melancholia attonita eine Beziehung zur Melancholie vorhanden sei, und die Attonitätszustände nicht als psychisch, sondern motorisch bedingt ansah. In besonderen Widerspruch geriet Kahlbaum zu Baillarger, indem er behauptete, dass Baillarger in Wahrheit keine Krankheitsform, sondern eine Zustandsform beschrieben habe, welche nur einen Bestandteil einer wirklich natürlichen Krankheit, eben der Katatonie ausmache. Es lässt sich jedoch nicht in Abrede stellen, dass die Katatonie von einem anderen Gesichtspunkte aus als eine erweiterte und vertiefte Melancholia cum stupore erscheint, da ja auch hier das gelegentliche Hervorgehen aus Erregungszuständen betont worden ist, Kahlbaum die Erregungszustände der Katatonie als nicht durchaus notwendig bezeichnete und als leichte Form der Katatonie Krankheitsbilder aufstellte, welche sich, wie Kahlbaum selbst andeutet, in nichts unterscheiden von der Beschreibung der Melancholia cum stupore mit ihren zwei Stadien der Melancholie und der Stupescens und dem günstigen Ausgange. Das wichtigste aber ist, dass diese der Katatonia mitis gleichenden Formen der Melancholie avec stupeur von Baillarger nicht als Zustandsform, sondern, wie die Katatonie, in bewusstem Gegensatze zu blossen Syndromen als natürliche Krankheitseinheit bezeichnet worden war.

Die motorischen Erscheinungen der Katatonie sind zum grossen Teil in der Melancholie attonita und ihren Beschreibungen eingeschlossen. Aber auch die Kenntnis der übrigen motorischen Symptome konnte natürlich den aufmerksam beobachtenden Vorgängern Kahlbaums nicht völlig entgehen. Dies um so weniger, als die Entdeckung der progressiven Paralyse die Aufmerksamkeit immer lebhafter auf das motorische Verhalten der Geisteskranken lenkte und die immer innigere Verknüpfung der psychischen Störungen mit den somatischen vor allem durch Jacobi und Griesinger herbeigeführt worden war. Von den älteren Darstellungen kommen besonders die Schilderungen Guislains in Betracht, welche er unter der Folie als den Störungen des Willens giebt. Guislain beschreibt den jahrelangen Mutismus, die Deklamatoren- und die Prediger-sucht, die manirierte Sprache, die Kranken, welche wie ein Hund bellen und dieselbe Phrase mehrfach wiederholen, die Grimassenschneider, die Impulsiven, die bizarren Kranken, welche sich immer an demselben Orte aufstellen, nur auf einen weissen oder andersartigen Stein, die sich im Hofe entblössen und im Zimmer bedecken. Der phantastisch-automatische Zustand, heisst es bei Guislain, ist oft das Vorspiel oder die Begleitung der Demenz. Wenn im Verlaufe einer Manie oder eines Deliriums die intellektuellen Funktionen unmerklich eine Abnahme der Energie erleiden,

so bemerkt man oft eine ganz eigenartige Aufregung im Gange, in den Gebärden, in gewissen Handlungen; diese Handlungen und Gebärden zeigen sich unter einer automatischen Form. Dann hauptsächlich bemerken wir das Balancieren des Körpers, die Handlung des Spinnens, den Einfall sich nackt auszuziehen. Irrsinnige bieten auch die Erscheinungen der Hysterie, Katalepsie und der Epilepsie dar. Guislain betont somit schon die ungünstige Bedeutung von Stereotypien und Manieren und tritt mit früheren Forschern für das Automatisch-Motorische ihres Wesens ein. Esquirol, Kelp, Dagonet beschrieben symptomatisch die Erscheinung Verbigeration; Esquirol und Griesinger gaben mehr weniger deutliche Schilderungen der Stereotypien und Manieren verblödender Kranker. Wie sehr das Studium dieser Bewegungserscheinungen gleichsam in der Luft lag, zeigt sich daran, dass ziemlich gleichzeitig mit Kahlbaums ersten Veröffentlichungen und kurz vor dem Erscheinen seiner Monographie Rudolf Arndt in drei Aufsätzen bezw. Vorträgen über Tetanie, Katalepsie, Chorea und Psychose diese motorischen Anomalien besprach. Namentlich in der Arbeit über Chorea und Psychose giebt Arndt 1868 eine zum Teil detaillierte Beschreibung der Stereotypien und Manieren, der verbigerierenden und echolalischen Sprachstörungen, der bizarren, unsinnigen Schriftstücke. Im Anschluss an andere Forscher hebt er ausdrücklich hervor, dass zur Erklärung nicht einfach Wahnideen herangezogen werden dürften, es sich vielmehr um rein automatische Vorgänge handele. Arndt legt den Hauptwert auf leise Erregungen oder Bewegungen im Sprachapparate, welche unwillkürliche Vorstellungen auslösen, die ihrerseits begleitet oder gefolgt sind von den bizarren Bewegungen. Besonders interessant ist es nun, dass auch dieser Forscher den Versuch macht, alle diese Symptome unter Dach und Fach einer besonderen Krankheit zu bringen. Während aber Kahlbaum von dem Symptom der Muskelstarre ausging, wurde die Aufmerksamkeit Arndts vor allem durch die Muskelunruhe gefangen genommen, was ihn bei zu einseitiger Betrachtung der motorischen Erscheinungen dazu verleitete, jene krampfähnlichen Zustände der wesensungleichen Chorea zu unterstellen. Die Verworrenheit des Begriffes Chorea, welche auch andere Autoren in Blödsinn enden liessen, musste das Zustandekommen solcher Auffassung begünstigen. Dass Arndt aber in der That dieselben Kranken im Auge gehabt hat wie Kahlbaum, geht daraus hervor, dass er hier Miteilung von sechs Krankheitsfällen macht, welche in ihrer Entwickelung den typischen Verlauf der Katatonie zeigten und alle in dem charakteristischen katatonischen Blödsinn endeten. Noch eingehendere Schilderungen von Katatonikern gab Arndt in seinen Vorträgen über Tetanie und Katalepsie und Psychose in den Jahren 1871 und 1872. Auch

die hier beschriebenen motorischen Anomalien lässt er unter Ausschluss einer eigentlich psychologischen Motivierung durch allgemeinen Zwang zustande kommen, insofern es sich um einseitige Erregungen des Vorstellungsorgans handele, so dass andere Erregungen nicht aufzutreten vermöchten. Für das Zustandekommen des Symptoms Katalepsie sei notwendig 1. eine Schwächung des Centralnervensystems, 2. ein starker Reiz, welcher dasselbe ausser Funktion setzt. Diesen Reiz können die verschiedenfachsten peripherischen Erkrankungen abgeben. Aehnliche theoretische Vorstellungen wie Arndt entwickelte 1872 Solbrig, welcher die sogenannten choreatischen Bewegungen auch auf leise Erregungen und Bewegungen im Muskelapparate zurückführen wollte und die kataleptischen Erscheinungen aus der Wirkung des veränderlichen Muskeltonus auf die Vorstellungsthätigkeit erklärte. Die auf diesem Boden erwachsenen Täuschungen nannte er Muskelillusionen und Muskelhallucinationen. Wiedemeister schilderte 1872 unter dem Titel Aphasie mutacistische Störungen, den absonderlichen Gebrauch von Diminutiven und die Echolalie mancher Kranker. Meschede beschrieb in demselben Jahre eine Anzahl von Stereotypien, wie die Fragesucht, den Spuk- und Schimpftrieb.

Das war im Wesentlichen das Material an Theorien und Beobachtungen, welches vorhanden war, als Kahlbaum 1874 seinen Krankheitsbegriff Katatonie ausführlich veröffentlichte. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass seine ersten Mitteilungen über diese Erkrankung auf eine weit frühere Zeit zurückgehen. Die Grundlage der psychiatrischen Anschauungen Kahlbaums bildete die 1863 erschienene, schon erwähnte „Gruppierung der psychischen Krankheiten". Auf Grund der Kritik der früheren Systeme stellte er hier seine eigene Psychiatrie auf, indem er für seine neuen Anschauungen das Recht einer neuen Nomenklatur beanspruchte, weil durch die alte Namengebung die heterogensten Dinge auf gleiche Weise benannt worden seien. Unter Berufung auf die Bestrebungen Morels, auf dem Boden klinischer Forschung natürliche Krankheitseinheiten aufzustellen und unter teilweiser Anerkennung der biogenetischen Anschauungen desselben Forschers, sowie unter Zuhülfenahme der französischen Aufstellungen eines partiellen und generellen Delirs schuf Kahlbaum das folgende fünfteilige System:

Neophrenie (angeborene Störungen),

Paraphrenie (Seelenstörungen, die im Anschluss an eine Uebergangsperiode der biologischen Entwickelung entstehen),

Vecordia (Idiopathische Seelenstörung von begrenztem Umfange der psychischen Symptome),

Vesania (Idiopathische Seelenstörung mit deutlichem Ergriffensein des mehr oder weniger ganzen Umfanges des Seelenlebens),
Dysphrenie (Sympathische Seelenstörung im Anschluss an einem speziellen physiologischen oder pathologischen Körperzustand sich entwickelnd).

Eine Hauptabteilung der vesania bildete neben der vesania progressiva (progressive Paralyse) die

Vesania typica,

welche als typica completa in vier Stadien verläuft:

stadium melancholicae (incrementi),
stadium maniae (acmes),
stadium perturbationis (decrementi),
stadium dementiae (defectus).

Das Verlaufsschema der Katatonie, welche Kahlbaum später der vesania typica nebenordnete, ist aus dieser Aufstellung hervorgegangen. Kahlbaum ging schon hier auf die klinische Stellung der Melancholia attonita ein und behauptete, dass sie keine Krankheitsform, sondern eine Zustandsform sei, welche sich dem stadium perturbationis (Verwirrtheit), anschlösse, sodass man von einer attonischen Verwirrtheit sprechen könne. Aehnliche Beziehungen wie zur Verwirrtheit werde dieser Attonitätszustand wohl auch zu dem Stadium melancholicum und maniacum aufweisen. Ferner betonte Kahlbaum an einer benachbarten Stelle, dass die Verknüpfung der Seelenstörungen mit den motorischen Organen, nämlich den Muskeln und den centrifugalen Nerven, mehr Beachtung finden müsse. Zu diesen motorischen Erscheinungen rechne er nicht nur Krämpfe, sondern auch andere auf Muskel- und Nervenvorgängen beruhende pheripherische Erscheinungen. Anknüpfend an die Guislain'schen Unterscheidungen der kataleptischen und spastischen Symptome stellte er fest, dass er keinen Unterschied finden könne zwischen der Muskelspannung und der Katalepsia cerea, welche bei der „sogenannten" Melancholia attonita vorkomme. Im unmittelbaren Anschlusse schilderte Kahlbaum dann ausführlich die Stereotypien und motorischen Bizarrheiten verblödeter Kranker und hob die Wichtigkeit mimischer und physiognomischer Erscheinungen für die Psychopathologie hervor. Kahlbaum beabsichtigte an dieser Stelle nur die Symptomatologie zu erweitern, fügte aber die Katatonie gleichsam ankündigend hinzu, dass er auf die diagnostische und prognostische Bedeutung solcher anscheinenden Kleinigkeiten im äusseren Verhalten der Geisteskranken die Aufmerksamkeit lenken wollte.

Aus dem Vorstehenden geht klar hervor, dass die Katatonie in ihren Grundzügen schon 1863 in Kahlbaums Gruppierung der psychischen Krankheiten festgelegt worden ist. Das grundlegende Verlaufsschema, die

klinische Stellung und Bedeutung der Melancholia attonita, die wichtigsten motorischen Symptome in ihrer Einheitlichkeit und diagnostischen Bewertung sind hier schon so nahe daran in ein Ganzes zu verschmelzen, dass Kahlbaum in der Hauptsache nur den Namen vorzusetzen brauchte, um nach seiner eigenen Aussage 1866 in Königsberg das Krankheitsbild der Katatonie lehren zu können.

Auf der Naturforscherversammlung zu Innsbruck, im September 1869, stellte Kahlbaum an der Hand von zwei Fällen das „Spannungsirresein" öffentlich als eine Krankheitseinheit auf. Eine ausführliche Publikation dieses Vortrages erfolgte nicht, die Referate der Zeitschriften brachten nur eine kurze Notiz, der Vortrag fand wenig Anklang. Eine lebhaftere Diskussion über diesen Krankheitsbegriff entwickelte sich 1872 auf der Naturforscherversammlung zu Leipzig, infolge der Mitteilungen Rudolf Arndts über Tetanie und Psychose. Hecker machte Arndt darauf aufmerksam, dass Kahlbaum diesen Symptomenkomplex schon 1869 unter dem Namen Katatonie beschrieben habe. Arndt gab das zu, warnte aber „Symptomenkomplexe" leichter Hand in den Rang von Krankheiten zu erheben. Hecker verwies auf die in Aussicht stehende Monographie Kahlbaums, welche 1874 erschien.

In seiner Monographie definierte Kahlbaum die Katatonic als eine Gehirnkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eines oder mehrere fehlen können und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen. Die Prognose wird als günstig bezeichnet, doch kann der Tod im Attonitätszustande als genuine Folge des Krankheitsprozesses oder durch die häufige Komplikation der Tuberkulose herbeigeführt werden. Remissionen sind selten. Die Heredität ist gering. Die Altersbeteiligung ist eine ziemlich gleichmässige, die jüngeren Mitteljahre erscheinen jedoch bevorzugt. Als disponierende Momente kommen besonders Masturbation, Chlorose und geistige Ueberanstrengung in Betracht. Die motorischen Symptome sind die automatische Folge motorisch-neurotischer Vorgänge und hängen trotz symptomatischer Gegensätzlichkeit pathogenetisch durch den gemeinsamen Charakter des Krampfes zusammen. Die wichtigsten dieser Symptome sind Spasmen, Katalepsie, Manieren, Stereotypien und Negativismus. In diagnostischer Hinsicht besonders wertvoll sind die sprachlichen Anomalien des Mutacismus und der Verbigeration. Die einzelnen Stadien sind nur Zustandsbilder, welche mit Krankheitsformen, namentlich den namensgleichen Gemütskrankheiten,

nichts zu schaffen haben. Mit Rücksicht auf die Schwere und Dauer des Verlaufes sind zu unterscheiden die Katatonia mitis, gravis und protrahata. Anatomisch liegt, wie bei den Seelenstörungen überhaupt, ein Degenerationsprozess vor, welcher die schliessliche, im Gegensatze zur Paralyse erst spät eintretende Atrophie zur Folge hat. Besonders charakteristisch sind lokalisierte Trübungen der basalen Arachnoidea. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt kein Resultat.

Das ist in den Hauptzügen die Entstehungsgeschichte des Kahlbaum'schen Begriffes Katatonie. Dass dieser Begriff in der Folgezeit in der That eine Entwickelung und Umbildung erfahren hat, wird leicht ersichtlich, wenn man die Kraepelin'sche Definition des Begriffes Katatonie aus dem Jahre 1899 mit der Formulierung Kahlbaums vergleicht. Nach Kraepelin handelt es sich um das Auftreten eigentümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Stereotypie und der Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen. Das Hauptgewicht ruht nicht mehr auf dem Schema des Verlaufes und der grob-motorischen Erscheinungen, sondern auf dem Ausgang in Schwachsinn. Die Prognose vor allem beeinflusst die Diagnose.

Wollte man gleich im Anschluss an das Vorstehende die Entwickelung des Begriffes Katatonie im einzelnen verfolgen, so würde bald eine Stufe erreicht werden, auf der ein anderer Begriff seinen Einfluss geltend macht, welcher in gleicher Weise, wie die Katatonie aus der Grundbestrebung Kahlbaums hervorgegangen ist, auf dem Boden klinischer Forschung natürliche Krankheitseinheiten aufzustellen, nämlich der Begriff Hebephrenie.

Schon Esquirol schildert unter dem Namen „erworbene Idiotie" Individuen, welche als Kinder recht gesund geboren wurden, zunehmen und gedeihen, während gleichzeitig ihre Seelenkräfte sich entwickeln, sie selbst sehr empfänglich, lebhaft, reizbar, zornig sind und ihr Geist schon sehr entwickelt und thätig ist. Diese zu frühreifen Wesen stumpfen sich ab und erschöpfen sich, ihre geistige Entwickelung bleibt stehen, nimmt nicht mehr zu, und die Hoffnungen, welche sie erregten, verschwinden. „Dies ist ein nachfolgender oder erworbener Blödsinn, der sich aber immer noch von der in späteren Jahren entstandenen Demenz und der Idiotie unterscheidet." Ausser einigen späteren französischen Psychiatern hat besonders Morel diese Fälle beschrieben. Er fasst sie zusammen unter der Bezeichnung démence précoce als einer Form des hereditären Irreseins und hebt die manchmal auffallende geistige Frühreife der von dem Leiden Ergriffenen hervor. Aber ein rascher Stillstand aller geistigen Funktionen, ein vorzeitiger Blödsinn lasse erkennen, dass das jugendliche Individuum

jene Grenze geistigen Lebens erreicht habe, die ihm erreichbar gewesen war. Indem Kahlbaum 1863 in der „Gruppierung der psychischen Krankheiten“ das Krankheitsbild der Hebephrenie aufstellte, ging er in seiner Schilderung zunächst nicht viel weiter, als es von Esquirol und Morel geschehen war, von denen der erstere darauf hinwies, dass die Reden und Handlungen der Verblödeten den Charakter des Alters des Subjekts behalten. Von den Gruppen der Neophrenie, sagt Kahlbaum, müssen wir diejenigen Fälle von Seelenstörung entfernt halten, in welchen nach einem anscheinend normalen Jugendleben erst in der Pubertätszeit eine Depravation des Seelenlebens Platz gegriffen hat, welche in verschiedenem Umfange der Störung und in Exacerbationen auftritt, meist aber mit einem nicht zu verkennenden Grade geistiger Schwäche einhergeht. Das Gemeinsame und Charakteristische dieser Fälle ist vor allem die geistige Imbecillität, die sich indes von der psychischen Impotenz der von frühester Kindheit her Blödsinnigen durch eine Anzahl gewisser Erscheinungen, welche an die bereits zur Gewohnheit gewordenen Formen der gesunden Seelenstörung erinnern, ziemlich bestimmt unterscheiden lässt. Wenngleich Kahlbaum aber das häufige Vorkommen hereditärer Belastung zugiebt, so ist bei dem allgemeinen Gewicht, welches er der Entstehungszeit und der physiologischen Lebenskrise beilegt, ihm der biogenetische Faktor nicht die erbliche Degenerescenz, welche ebensogut fehlen könne, sondern vor allen Dingen der Zustand der Pubertät selbst.

Während die auch schon 1863 in ihren Umrissen festgelegte Katatonie länger als ein Jahrzehnt auf die Veröffentlichung warten musste, erschien die Hebephrenie schon 1871 in der monographischen Bearbeitung Heckers. Hecker definierte die Hebephrenie als eine Krankheit, deren wesentliche Merkmale bestehen: in der Entstehung zur Pubertätszeit, im successiven oder wechselnden Auftreten der verschiedenen Zustandsformen (Melancholie, Manie, Verwirrtheit), in dem enorm schnellen Ausgange in einen psychischen Schwächezustand und die eigentümliche Form des Terminalblödsinns, dessen Anzeichen sich schon in den ersten Stadien der Krankheit erkennen lassen. Von der Katatonie wird diese Erkrankung ebenso streng getrennt, wie von der vesania typica, deren Verlaufsschema sich auch in der endgültigen Definition der Hebephrenie wiederfindet. In der Diagnose wird neben der Entstehung in der Pubertät das Hauptgewicht auf die ganz schlechte Prognose und den schon früh das ganze Krankheitsbild beeinflussenden, läppischen Schwachsinn gelegt, welcher eine Reihe von Charakterzügen der normalen Flegeljahre in Permanenz erklärt, in sich trägt. Wenngleich aber betont wird, dass es sich nicht um ein einfaches Stehenbleiben handele, dass die Patienten vielmehr in ihrer Sprach- und Ausdrucksweise bald unter das Niveau geraten, das

sie früher eingenommen haben, so ist diese Verblödung doch keine sehr hochgradige. Die gemütlichen Schwankungen erreichen meist keinen sehr beträchtlichen Grad, Hallucinationen und Wahnideen haben keine pathognomische Bedeutung. Das hereditäre Moment wird ätiologisch noch geringer angeschlagen, als es von Kahlbaum geschah, die Pubertät bildet den wichtigsten ätiologischen Faktor. Es handelt sich nicht um frühreife, sondern meist um geistig etwas zurückgebliebene Individuen, die teilweise in der Kindheit durch körperliche Krankheiten oder Kopfverletzungen geschwächt worden sind. Psychische Alterationen geben zuweilen den letzten Anstoss.

Die Entwickelung des von Hecker formulierten Begriffes Hebephrenie knüpft sich an eine Veränderung des Umfanges des Krankheitsbegriffes und der systematischen und ätiologischen Bestimmungen. Die erste wichtige Arbeit, welche schon alle diese Gesichtspunkte mehr oder weniger bewusst ins Auge fasst, ist der Aufsatz Finks über Jugendirresein, deren Inhalt 1880 von Rienecker im Verein deutscher Irrenärzte zu Eisenach vorgetragen wurde. Sterz und Schüle hatten schon früher darauf gedrungen, dass man das Moment der hereditären Degenerescens bei dem hebephrenischen Jugendirresein mehr in den Vordergrund rücken müsse. Vor allem betont Fink, dass dem Entartungsprozess in biogenetischer Hinsicht die erste Rolle zugeschrieben und die Pubertät erst in zweiter Linie berücksichtigt werden müsse. Diese Entartung kann hereditär oder erworben sein. Bei vorhandener Belastung tritt von allen Psychosen im Jugendalter am häufigsten die Hebephrenie auf. Für einen Entartungsprozess spricht ausser den körperlichen Zeichen auch der intermittierende und remittierende Verlauf. Noch ausdrücklicher, als Hecker, betont Fink die geringe geistige Entwickelung der Erkrankten und spricht geradezu von einer gelinden Idiotie. Auf das Verlaufsschema legt er geringen Wert, viel wichtiger ist ihm der gesetzmässige Ausgang in geistige Schwäche. Den Umfang des Begriffes erweitert er nach drei Richtungen, indem er erstens Fälle als Hebephrenie bezeichnet, welche nicht den von Hecker in den Vordergrund gestellten läppischen, von Manieren durchsetzten Schwachsinn, sondern mehr einen Endzustand einfacher, stumpfer Verblödung aufweisen, indem er zweitens hier Krankheitsprozesse beschreibt, welche zu einer tieferen Entartung führen, als die Hebephrenie Heckers, und schliesslich drittens Kranke vorstellt, die motorische Symptome zeigen, wie sie der Katatonie zukommen. Unter Berufung auf eine Mitteilung Heckers aus dem Jahre 1876 weist Fink darauf hin, dass Katatonische hebephrenische Zustände darbieten können, und demonstriert an seinen Beobachtungen, dass auch Hebephrene Verbigeration, Stereotypien und

Negativismus zur Ausbildung gelangen. Fink und Rienecker standen mit dieser Ansicht nicht isoliert, bezeichnete doch auch Schüle die Katatonie als „eine Hebephrenie mit zugehöriger Spannungsneurose". In der Diskussion, welche sich dem Vortrage Rieneckers anschloss, erfuhr der Krankheitsbegriff Hebephrenie namentlich durch Sander und Mendel eine scharfe Ablehnung. Nicht viel besser erging es der Hebephrenie in den Lehrbüchern. Kraft-Ebing erwähnte diese Krankheitsform stets nur im allgemeinen Teile, Schüle stellte sie ursprünglich, ähnlich wie später Rudolf Arndt, zur Verrücktheit und sprach auch nur im allgemeinen Teile eingehender von ihr. 1886 beschäftigte sich Schüle genauer mit dieser Krankheit. Er legte, wie Fink, den Hauptwert auf die idiotische Basis und beschrieb hierher gehörige Formen geradezu als hebephrenischen Typus der Idiotie, gab jedoch zu, dass die Grundlage des Schwachsinns für das Zustandekommen der Hebephrenie nicht durchaus notwendig sei. Der erblichen Entartung legte Schüle einen grossen Einfluss bei. „Die Hereditarier stranden an der Klippe der Pubertät; ein Teil wendet sich zu den Hebephrenen, ein anderer Teil zur Dementia acuta," welche für diesen Fall den Namen dementia präcox erhält. Auch bei der originären Paranoia Sanders gedenkt Schüle der Hebephrenie, welcher Krankheit Rienecker anfänglich einen Teil der Hecker'schen Kranken unterordnen wollte, während umgekehrt Neisser sich später nachzuweisen bemühte, dass Sander zum guten Teil nur Hebephrene beschrieben habe. 1889 machte Kahlbaum selbst den Versuch, den in Rede stehenden Begriff zu erweitern, indem er denselben in Gemeinschaft mit seinem 1884 publizierten Heboid unter dem Namen der „hebetischen Formen" zusammenfasste. Unter Heboid oder Heboidophrenie verstand Kahlbaum Krankheitsfälle, in denen hereditär entartete Individuen bei einem wenig ausgebildeten maniakalischen Stadium eine Charakterveränderung im Sinne vorwiegend moralischer Perversität erleiden. Während Kahlbaum mit Rücksicht auf anscheinende Heilbarkeit und mangelnden progressiven Schwachsinn diese Fälle ursprünglich von der Hebephrenie abtrennen wollte, erkannte er somit 1889 die Verwandtschaft dieser Krankheitsformen an. Zu gleicher Zeit aber gab er damit auch von neuem seine Zustimmung dazu, dass die Hebephrenie zu den Prozessen hereditärer Degenerescenz gerechnet werde, indem er schon 1878 ausdrücklich die Hebephrenie dem hereditären Irresein der Franzosen „angegliedert hatte". Zeigte Kahlbaum hier das Bestreben, der Hebephrenie eine ähnliche, leichtere Krankheitsform nahezustellen, so that Pick 1890 dies noch ausdrücklicher, indem er die Hebephrenie für eine Unterart der dementia präcox erklärte. Unter dementia präcox verstand Pick in bewusster Anlehnung an den entsprechenden Begriff

der Franzosen „Geistesstörungen, welche in der Zeit der Pubertät auftreten, ruhig einsetzen und von vornherein mit progressiver Schwäche ebenso ruhig verlaufen“. Bewusster und nachdrücklicher, als die genannten Autoren suchte 1892 Daraszkiewicz unter dem Einflusse von Tschisch und Kraepelin den Begriff Hebephrenie umfassender zu gestalten. In Russland hatte die Hebephrenie mehr, als im übrigen Auslande Beachtung und Anerkennung gefunden, wo ihr von den Franzosen wohl nur durch Mairet ein selbständiger Platz unter den Pubertätspsychosen eingeräumt wurde und Tuke in England ihrer nur bei der moral insanity gedachte. In Russland widmete ihr Kowalewsky in seinem Lehrbuche ein eigenes Kapitel; Tschisch behandelte 1886 diesen Krankheitsbegriff eingehender in einem Anstaltsberichte, bezeichnete als die wichtigste Störung die Unfähigkeit zur Aufmerksamkeit und erklärte die Kranken für heilbar und erziehbar; Serbsky stellte 1890, wie die beiden vorigen, die Hebephrenie zu den Entartungszuständen, leugnete jedoch ihre Selbständigkeit und rechnete sie als Unterart zu seiner dementia progressiva. Daraszkiewicz sieht das wichtigste Moment des Begriffes Hebephrenie in dem unweigerlichen Ausgange in geistige Schwäche, deren stets wiederkehrende Eigenart in der völligen Unfähigkeit einer Konzentration der Aufmerksamkeit besteht. Er stellte mit der ausgesprochenen Absicht, die Hebephrenie zu erweitern, schwer und tief verblödende Fälle zu den leichteren Schwächezuständen Heckers, indem er darauf hinweist, dass fliessende Uebergänge zwischen den beiden Formen vorhanden sind. Der Verlauf dieser schwereren Erkrankungen ist einfacher und kürzer, als in den Hecker'schen Fällen, der tiefe Grad des vorwiegend apathischen Blödsinns wird entweder ziemlich ruhig, oder nach akuten Erregungen gewonnen. Augenscheinlich ist bei der Entwickelung des Begriffes Hebephrenie der ursprüngliche Ausgangspunkt von dem biogenetischen Momente der Pubertät mehr und mehr zu Gunsten der Wertschätzung der Prognose, des progressiven Schwachsinnes verlegt worden. Als ätiologisch wichtigerer Faktor wurde auch von Daraszkiewicz die angeborene oder erworbene Degeneration bezeichnet. So ist es verständlich, dass er trotz Festhaltens an dem Begriffe Hebephrenie die ursprüngliche Grundlage der Altersgrenze, welche Hecker auf das 18. bis 22. Jahr eingeschränkt hatte, bedeutend verändern konnte, indem er die Grenze bis zum 30. Jahre verschob. Damit riss er jedoch halb wider seinen Willen zwei bedeutsame Schranken zwischen den Begriffen Hebephrenie und Katatonie ein, welche ursprünglich dadurch gegeben waren, dass erstens die Hebephrenie überhaupt nicht so tief sollte verblöden können, als man es bei der Katatonie aller Tage beobachten konnte, und zweitens die Katatonie ihre häufigste Ausbruchszeit in einem Lebensalter haben sollte, in welchem

die Hebephrenie kaum noch denkbar erschien: nämlich in den jüngeren Mitteljahren. Dies geschah insofern wider seinen Willen, als sich Daraszkiewicz bemühte, eine Abgrenzung zu gewinnen zwischen diesen beiden Krankheitsarten, während durch seine Aufstellungen eine Vereinigung dieser beiden Begriffe um so näher gelegt wurde, als motorisch-symptomatische Uebergänge ja schon mannigfach von beiden Seiten her zur Beobachtung gekommen waren und von allem Anfang an ein wichtiges Vergleichsmoment zwischen diesen beiden Krankheitsformen durch die Aehnlichkeit des Verlaufsschemas dargeboten wurde, welches Schema in dem stadienmässigen Verlaufe der vesania typica seine gemeinsame Entstehungsbedingung gefunden hatte. Aehnlich wie Schüle und Serbsky ordnete 1894 Sommer die Hebephrenie einer grösseren Gruppe, nämlich dem primären Schwachsinne ein, Scholz stimmte ihm bei und fügte eine ausführliche Schilderung von Hebephrenen hinzu, welche ähnlich wie die Heboidophrenen Kahlbaums, geistig auf einer relativ hohen Stufe beharren und sich vor allem durch grosse Unstätheit des Denkens und Handelns auszeichnen. Am vollständigsten hat Kraepelin 1893 diesen Prozess der Unterordnung vollzogen, indem er die Hebephrenie in der erweiterten Auffassung Daraszkiewicz' der Dementia präcox zurechnete und sie mit der Katatonie und der neugeschaffenen Dementia paranoides unter der Bezeichnung „psychische Entartungsprozesse" zusammenfasste, welche Krankheitsformen durch Uebergänge verbunden sein und vor allem das Gemeinsame haben sollten, dass sie einen notwendigen Ausgang in psychische Schwächezustände nähmen. Das wichtigste gemeinschaftliche Band war die gemeinschaftliche Prognose. Auch Kraepelin erblickte damit in dem ungünstigen Ausgange und der oft hereditären Degeneration den wichtigsten Faktor der Hebephrenie und stand nicht an, die Altersgrenze bis in das beginnende Mannesalter zu verlegen. Unter dementia präcox verstand Kraepelin, ähnlich wie Morel und Pick, die subacute oder ganz unmerklich langsam sich entwickelnden eigenartigen, einfachen geistigen Schwächezustände im jugendlichen Alter ohne Auftreten stärkerer gemütlicher Schwankungen; die Hebephrenie ist durch unmerkliche Uebergänge mit diesem Krankheitsbilde verbunden.

Wie so häufig in der Geschichte lässt sich auch in der Geschichte der Krankheiten, so hier in der Geschichte der Hebephrenie eine Art von Kreislauf nachweisen. Während die Hebephrenie sich aus der ursprünglichen Grundlage der Dementia-präcox-ähnlichen Formen zu unterscheiden suchte durch Aufstellung einer Reihe feinerer Differenzierungen, kehrt der Begriff hier erweitert und vertieft zu seinem Ausgangsbegriffe zurück, um mit ihm zu einem Ganzen verschmolzen zu werden.

Die Katatonie hat sich in einer Richtung umgekehrt entwickelt wie

die Schwesterkrankheit. Während schon die ersten Bearbeiter der Hebephrenie bedacht waren, die engen Grenzen des Hecker'schen Begriffes zu erweitern, zielten die nächsten Bestrebungen der Bearbeiter der Katatonie darauf ab, die Grenzen dieser Form einzuschränken. Die Katatonie hat sozusagen mit der Rivalität eines anderen Krankheitsbegriffes zu kämpfen gehabt, welcher aus derselben Wurzel, aber nach einer fast entgegengesetzten Richtung gewachsen war: dem Begriffe der primären Verrücktheit. Die Zeller'sche Lehre von der einen Geisteskrankheit mit dem Verlauf in den vier Stadien: Melancholie — Manie — Verrücktheit und Blödsinn hatte den Wert gehabt, dass man auf den Verlauf der Krankheiten mehr, als sonst in Deutschland sein Augenmerk gerichtet hielt. Mit Rücksicht auf den Verlauf und unter der Voraussetzung, dass die Geisteskrankheit ursprünglich mit Affekt verbunden sei, um später als Zeichen der Geistesschwäche mehr oder weniger affektlos zu verlaufen, nahm Griesinger die schwerwiegende Einteilung in primäre und sekundäre Störungen in seinem Lehrbuche auf; die primäre Melancholie und Manie einerseits, die secundäre Verrücktheit und der Blödsinn andrerseits. Es wurde auf diese Weise der Begriff der sekundären Seelenstörung geschaffen, welcher noch bestehen blieb, nachdem das primäre Vorkommen der Verrücktheit längst anerkannt war, und welcher in dem Rufe des Uninteressanten und Undifferenzierbaren stehend das Aschenbrödel der deutschen Psychiatrie wurde. Hatte schon Kahlbaum 1863 seine Vecordia paranoia, das heisst die chronische Verrücktheit, ausdrücklich als auch primär entstehend aufgeführt, so waren es doch erst die Arbeiten von Snell und Sander die eine Ansicht durchfochten, welche 1869 durch Griesinger die Sanktion der Autorität erfuhr. Seine volle geschichtliche Bedeutung erhielt der Begriff der primären Verrücktheit 1876 durch Westphal, welcher in einem Vortrage der Naturforscherversammlung zu Hamburg dadurch ein folgenreiches Moment mit hereinbrachte, dass er das Vorkommen einer akuten Entstehung und akuten Verlaufes behauptete. Westphal stellte unter der Zustimmung der Versammelten fest, dass die Verrücktheit eine primäre Erkrankung sei, welche chronisch und akut verlaufen könne und in ihren verschiedenen Formen durch das gemeinsame Band der primären Störung im Vorstellungsleben unter dem Zurücktreten der Affekte zusammengehalten werde. Hierdurch wurden, im Gegensatze zur Katatonie, durch Zugrundelegen eines hervorstechenden psychologischen Moments, unter Nichtberücksichtigung somatischer und ätiologischer Verhältnisse, Zustände als wesensgleich aufgestellt, welche in ihrem Verlauf und Ausgange total verschieden waren. Während also ursprünglich die Katatonie und die primäre Verrücktheit einem Begriffe entstammten, welcher in der Beachtung des Verlaufes seine Lebensbedingung fand, und die primäre Verrücktheit

gerade durch detailliertere Beobachtung des Verlaufes überhaupt erst erkennbar geworden war, so that sich durch Westphals Formulierung eine so tiefe Kluft zwischen diesen Begriffen auf, dass der eine Begriff nicht mit seiner ganzen Konsequenz angenommen werden konnte, ohne dass er nicht den andern geradezu ausgeschlossen hätte. Westphal zog in eben diesem Vortrage die Konsequenz der überragenden klinischen Einschätzung eines psychologischen Elements, indem er die Katatonie, welche unter Berücksichtigung aller Krankheitserscheinungen, sowohl der somatischen, wie der psychischen, unter Berücksichtigung von Verlauf und Ausgang als eine natürliche Krankheitseinheit geschaffen worden war, unterordnete der primären Verrücktheit, an welcher er die primäre Störung der Vorstellungsthätigkeit als das Wesentliche betrachtete.

Auf derselben Versammlung, in der Westphal für die spätere Aufnahme des Katatonie-Begriffes gleichsam den Ton angab, brachte Hecker einen Beitrag zur Lehre dieser Krankheit. Hecker bestrebte sich hier unter Festhaltung an den Einzelheiten der Kahlbaum'schen Aufstellung, wie schon 1871, vor allem hinzuweisen auf das eine, was not thäte, nämlich unter Berücksichtigung aller Krankheitselemente, namentlich aber der Prognose, natürliche Krankheitseinheiten aufzustellen; gerade er betonte 1871, dass die so gering geschätzten sekundären Zustände eine Fundgrube seien für die wichtigsten diagnostischen Anhaltspunkte, Anhaltspunkte, welche nicht zum wenigsten zur Diagnose „Katatonie" geführt haben. Während Hecker sich vor allem bemühte, der Katatonie ihre Anerkennung dadurch zu erringen, dass er die Forschungsmethode lehrte, mit deren Anerkennung dieser Begriff vorerst steht und fällt, nahm Brosius 1877 eine thatsächliche Fortbildung des Begriffes vor. Brosius suchte noch ausführlicher, wenngleich nicht ausdrücklicher, als es Kahlbaum schon gethan hatte, den maniakalischen Exaltationszustand der Katatonie abzutrennen von der Krankheitsform der ideenflüchtigen und von Motiven beherrschten Manie und brachte vor allen Dingen in den Begriff Katatonie die Weisung hinein, welche ausschlaggebend geworden ist für die Art seiner Entwickelung, nämlich den Hinweis auf die schlechte Prognose. Indem Brosius den Satz aufstellte, dass die Katatonie gewöhnlich in Blödsinn endet unter dem Hinzufügen, dass häufig hereditäre Entartung vorläge, schlug er die wichtigste Brücke zwischen den Begriffen Katatonie und Hebephrenie, da ja schon Hecker das Wesen der Hebephrenie neben der Entstehung in der Pubertät in dem Ausgange in Verblödung angesehen hatte und die Zugehörigkeit der Hebephrenie zu den Entartungsprozessen bald unzweifelhaft feststand. Als neues Symptom erwähnte Brosius das, von Meschede monographisch bearbeitete, Symptom der „Fragesucht". Die anatomische

Einheitlichkeit der Krankheit zweifelte er an und sprach von einer meningitischen und anämischen Form. Jensen hob 81, wie Brosius, das ätiologische Moment der Heredität stärker hervor, schloss sich jedoch in der Prognose mehr an Kahlbaum, da ihm das häufige Zurückbleiben „gewisser Defekte" zwar bekannt war, aber ziemlich belanglos erschien. Aehnlich wie Jensen und Hecker stellte sich Neisser 1887 wieder völlig auf den Boden der Kahlbaum'schen Anschauungen. Wenngleich sich aus der Betrachtung der von ihm angeführten Krankheitsfälle sehr wohl der Beweis für eine ungünstige Prognose hätte entnehmen lassen, so hat Neisser diesen Schluss doch nicht ausdrücklich gezogen. Dieser Psychiater suchte den Begriff Katatonie dadurch fortzubilden, dass er die Symptome der Krankheit und ihre theoretische Begründung einem eingehenderen Studium unterzog.

Bevor die wechselnden Anschauungen über die Einzelheiten der Symptomatik und ihre theoretische Begründung ins Auge gefasst werden, erscheint es zweckmässiger, den Entwickelungsgang des Begriffes Katatonie bis zu seinem vorläufigen Ende zu verfolgen. Das erste Lehrbuch, welches sich mit der Katatonie näher befasste, war das von Schüle. Dieser Forscher hatte schon 1868 in seiner dysphrenia neuralgica attonische Phasen als gewissen Psychosen pathogenetisch zugehörig beschrieben. Schüle ging in seinem Lehrbuche 1880 von der Westphal'schen Anschauung aus, dass für eine bestimmte Gruppe von Krankheiten die primäre Störung des Vorstellungslebens das für die Diagnose massgebende sei und stellte mit Rücksicht auf die Einschätzung der Wahnideen und Hallucinationen die Katatonie zur Verrücktheit, indem er ihre Auffassung als einer besonderen Krankheitsart ablehnte. Die Melancholia attonita und die primäre Demenz oder Stupor liess er neben der katatonischen Verrücktheit bestehen, deutete aber eine Zusammengehörigkeit bis zu einem gewissen Grade dadurch an, dass er die drei Krankheitsformen unter dem Namen: „Cerebropsychosen mit Spannungsneurose" vereinte. Schüle erkannte den Wert der Katatonie vom allgemein-pathologischen Standpunkte aus an. Ihm bedeuten diese motorischen Symptome „eine den geistigen Symptomenkomplexen wesentliche organische Modifikation resp. Umbildung seiner Hauptform. Diese Symptome sagen allgemein aus, dass der organische Cerebralprozess tiefer greift in Ernährung und Molekularleben der psychischen Zelle." Schüle löste die motorischen Symptome der Katatonie los von ihrem natürlichen Boden: nämlich dem einer umschriebenen Krankheitseinheit. Diese Herausnahme der mit dem Ganzen verknüpften Einzelheiten konnte von Schüle um so leichter geschehen, als er nicht völlig auf dem Boden der Forschungsmethode stand, welche der Katatonie ihr Dasein schenkte und zunächst allein er-

halten konnte. Er vereinte unter der katatonischen Verrücktheit gewisse Krankheitsbilder, trotzdem sie in ihrer Krankheitsentwickelung ebenso vielgestaltig seien, wie das später vollendete Krankheitsbild, und trennte die Gruppen von einander mit Rücksicht auf das Vorwiegen einzelner Symptome, wie Katalepsie oder Tetanie, spinal-motorischer oder cerebral-psychischer Erscheinungen. Zwar werden Verlauf und Ausgang ausführlich besprochen, aber es wird nicht der Versuch gemacht, aus dem Wesen des Prozesses eben diesen Verlauf und Ausgang hervorgehen zu lassen, die Definition einer Krankheitsform vom Verlauf und Ausgang abhängig zu machen. Gelegenheitsursachen, Ernährungsverhältnisse, Individualanlage: diese ausserhalb des Wesens der Sache liegenden Bedingungen sind es, welche z. B. den Verlauf und Ausgang der Melancholia attonita bestimmen. Wurde aber der Symptomatik ein so ausschlaggebender Wert für die Aufstellung von Krankheitsformen beigelegt, so konnten natürlich Krankheitsbilder schwer vereint werden, welche symptomatisch so grosse Vorschiedenheiten zeigen und gerade deswegen als zusammengehörig betrachtet worden waren, weil sie in der Entwickelung, Verlauf und Ausgange nicht von einander getrennt werden konnten. Während Schüle 1880 die Melancholia attonita der katatonischen Verrücktheit unter dem gemeinsamen Begriffe der „Spannungsneurose" nebenordnete, nahm er 1886 dies Zugeständnis an Kahlbaum zurück, indem er die Melancholia attonita an eine weit entfernte Stelle des Systems versetzte. Indem Schüle jetzt „Wahnsinn" nennt, was er früher als „Verrücktheit" bezeichnet hatte, definiert er die Katatonie als eine spezielle Erscheinungsform des akuten hallucinatorischen Wahnsinns mit motorischer Spannungsneurose. Noch ausdrücklicheren Wert, als früher legte er der Vorstellungsstörung bei. Während Schüle 1880 die Einteilung der Katatonie hauptsächlich auf Grund von motorischen Symptomen vollzog, will er jetzt die verschiedenen Typen der Katatonie nach der zu Grunde liegenden Wahnsinnsform sondern. Er unterscheidet so eine expansive und depressive Katatonie (mit vorwiegend religiösem Inhalte), an welche er noch eine dritte Gruppe mit hysterischem Charakter anschliesst. Bei dieser Anschauungsweise werden naturgemäss die motorischen Erscheinungen zum grossen Teil durch Wahnideen zu erklären gesucht. Der Mutismus wird auf „innere Gewissensbisse" zurückgeführt, die Fechter-, Prediger- und Kreuzstellungen sind „plastisch gewordene Wahngedanken". Die primäre Demenz wird mit ihren attonischen und stupurösen Zuständen von der Katatonie getrennt, die Einteilung derselben erfolgt nach dem psychologischen Moment des „Bewusstseinszustandes". Seinen psychologischen Standpunkt betonte Schüle besonders in einem Aufsatze über Paranoia, in welchem er sich den 94 gegebenen

Aufstellungen Cramers anschloss, welcher die Ansicht Westphals noch einmal ausführlich begründet hatte, dass das psychologische Moment der primären Störung des Vorstellungslebens genüge, um die in Aetiologie, Verlauf und Ausgang grundverschiedenen Gruppen der paranoischen Erkrankungen zusammenzufassen. Freilich hob Cramer auch hervor, dass er nicht die Absicht gehabt habe, eine natürliche Krankheitseinheit aufzustellen, sondern allein einen grossen Symptomenkomplex mit der Beziehung auf das Wesentliche habe abgrenzen wollen. In zwei Aufsätzen bezw. Vorträgen hat Schüle später wieder die Frage der Katatonie berührt und eine Verschiebung seiner Ansichten erkennen lassen. Schüle unterscheidet 1897 zwischen den katatonischen Phasen und Wandlungen in andern Grundkrankheiten und den „ächten Katatonien", welche in einer leichteren und schwereren Form auftreten können. Diese ächten Katatonien erhalten zwar jetzt so wenig, wie früher den Rang einer natürlichen Krankheitsform, aber die Unterordnung erfolgt jetzt nicht mehr mit Rücksicht auf einzelne psychologische Symptome, sondern vor allen Dingen durch Berücksichtigung von allgemein pathologischer Grundlage, von Verlauf, Prognose und Aetiologie. Die leichte Form der Katatonie verläuft im klinischen Schema des konstitutionellen Irreseins auf Grundlage von Neurosen und zwar speziell des hysterischen Irreseins, an das sie sich in der Symptomatologie, sowie im Verlauf und Prognose meist auch ätiologisch anschliesst. Die schwerere Form ist im Grunde nur eine primäre Demenz oder eine durch katatone Erscheinungen modifizierte periodisch-circuläre Degenerationspsychose. 1901 geht Schüle insofern noch einen Schritt weiter, als er die ächte Katatonie ganz auf die Zugehörigkeit zur primären Demenz mit häufig degenerativem Charakter beschränkt. Das wichtigste Symptom ist nicht mehr die Wahnidee, sondern das Gesamtbild des häufig zur Verblödung führenden Degenerationsprozesses. Noch mehr als Schüle hat sich die Wiener Schule in ihren Hauptvertretern abweisend verhalten gegen den Krankheitsbegriff Katatonie. Bei Kraft-Ebing findet die Katatonie auch in der letzten Auflage seines Lehrbuches unter Aufrechterhaltung der Begriffe Melancholia attonita und akuter Demenz, nur unter den circulären Psychosen wie bei Tamburini, eine besondere Erwähnung. Diese geringe Bewertung des Begriffes Katatonie erklärt sich zum Teil daraus, dass Kraft-Ebing auf dem Boden der Meynert-Fritschen Lehren stand, welche Einzelmomenten eine ausschlaggebende Bedeutung für die Aufstellung von Krankheitsformen beimassen. Hatte Westphal das Studium der akuten, hallucinatorischen Erkrankungen durch Aufstellung der akuten Verrücktheit angebahnt, so waren es vor allem die Wiener Psychiater, welche die Bearbeitung dieser Krankheiten in Angriff nahmen. Diese

Bestrebungen gipfelten in der Aufstellung der Amentia Meynerts, wie er sie 1890 in seinem Lehrbuche ausführlich publiziert hat. Es ist das psychologische Symptom der Verwirrtheit, welche das diagnostisch richtungsgebende Symptom einer Gruppe von Krankheiten wurde, welche pathogenetisch und in der Art ihres Verlaufes und Ausganges grundverschieden von einander waren. Während Meynert betonte, dass die primäre Verrücktheit in ihrer akuten und chronischen Form besser, als sonst irgend eine Krankheit, dadurch fundiert sei, dass sie die primäre Störung des Vorstellungslebens zum Hauptsignum habe, sah er die Basis seiner Amentia in dem psychologischen Symptom Verwirrtheit, welche ein Ausfallssymptom sei, das auf Associationsmangel durch Herabsetzung der Leistungsfähigkeit der Associationsbündel beruhe. Hallucinationen sind, nach Meynert, für das Zustandekommen der Verwirrtheit unwesentlich, viel wichtiger ist die Illusion, welche darin besteht, dass sich Ausdruck, Benennung und Wahrnehmung nicht mehr decken. Dieser Begriff Amentia, welcher die Verwirrtheit und die Illusion zu den wichtigsten Charakterzeichen hat, bedeutet aber nicht eine Krankheitseinheit, sondern nur einen Symptomenkomplex, welcher den diagnostisch ausschlaggebenden Grundstock mannigfacher Krankheitsformen abgiebt. Meynert unterscheidet die idiopathische Amentia als selbständige Krankheit und die symptomatische Amentia als Symptomenkomplex, der auch bei anderen Krankheiten vorkomme. Eine wichtige Unterabteilung der idiopathischen Amentia ist die zusammengesetzte Amentia. Diese Erkrankung setzt ein mit dem Zustandsbild der hallucinatorischen Verwirrtheit und kann nunmehr zwei Verlaufsrichtungen nehmen: in eine manische Form meistens mit Erholung oder in eine stupuröse Form selbst bis zu fast gänzlichem Aufhören psychischer Aeusserungen. Der Stupor ist nur der Höhepunkt der Schwierigkeit des Zustandekommens von Associationen; in der Verwirrtheit Ausfall der koordinierten Associationen, im Stupor Stillstand des Associationsmechanismus. In der Einzelschilderung des Krankheitsbildes spielen die Symptome der Verbigeration, Stereotypie, Manieren, Katalepsie, Muskelstarre und des Mutacismus eine Hauptrolle. Die Prognose der Krankheit ist recht zweifelhaft, ihr Vorkommen am häufigsten in den Jugendjahren; in der Aetiologie fallen der Anämie und der Masturbation eine Bedeutung zu. Meynerts zusammengesetzte Amentia ergiebt mit Rücksicht auf Biogenie, Gelegenheitsursache, Symptomenkomplex, Verlauf und Ausgang das Krankheitsbild der Katatonie. Meynert konnte aber eine Krankheit nicht anerkennen, welche dem Grundprinzip seiner Krankheitsaufstellungen ihrer Entstehung nach fremd war. Meynert stellte den Satz auf: dass man die psychischen Krankheitsformen einzig aus den psychischen

Symptomen diagnostizieren müsse. In voller Konsequenz damit fasste er Krankheitsbilder von grundverschiedener Pathogenie, differentem Verlauf und Ausgang unter das psychologische Grundsymptom der Verwirrtheit zusammen. In derselben Folgerichtigkeit aber ordnete er auch Bilder, welche Kahlbaum als Katatonie aufgestellt hatte, seiner Amentia als Modifikation unter, da er einem Symptom in derselben einen diagnostisch ausschlaggebenden Wert beimass, welches Kahlbaum umsoweniger beachten konnte, als seine psychiatrische Grundansicht eine total verschiedene war und er einzelnen Symptomen überhaupt nicht gestattete, mit dem Anspruche ausschlaggebender diagnostischer Wertschätzung aufzutreten. Wie innig die Anerkennung des Begriffes Katatonie mit der Anerkennung der Kahlbaum'schen Forschungsmethode verknüpft ist, zeigte das 1883 erschienene Lehrbuch von Rudolf Arndt, welcher sich 1872 unter der ausdrücklichen Betonung der symptomatologischen Forschungsmethode, wie früher erwähnt, sehr ablehnend gegen den Begriff Katatonie ausgesprochen hatte, während er 1883 unter fast starrer Beibehaltung des Kahlbaum'schen Verlaufsschemas den Begriff sozusagen mit allen seinen Wurzeln ausgräbt, indem er die Katatonie als eine Unterart der Vesania typica beschreibt. Ziemlich rückhaltlos schloss sich auch Ludwig Koch 1889 in seinem Leitfaden Kahlbaum an und suchte den Begriff vor allem von der Verrücktheit abzutrennen. Die Prognose stellte er mit Rücksicht auf die Schwere des Leidens ziemlich ungünstig. Während Koch auf Grund der anatomischen Angaben Kahlbaums die Katatonie zu den organischen Psychosen stellte, rechnete Sommer diese Krankheit 1894 ausdrücklich unter die anatomisch nicht erkennbaren Leiden. Er zeigte die Neigung, mit ihr die Hebephrenie unter dem Begriff des primären Schwachsinns zu vereinen, welchen Gedanken er sich dadurch ermöglichte, dass er in der Katatonie einen Degenerationsprozess mit ganz schlechter Prognose erkennt. Das gleichfalls im Jahre 1894 erschienene Lehrbuch von Ziehen, dessen Psychiatrie auf dem Boden seiner Psychologie errichtet ist, bezeichnet die Katatonie als eine sehr seltene Erkrankung von ganz schlechter Prognose und weist ihr einen Platz unter den zusammengesetzten Psychosen an, ein Begriff, welcher ebenso, wie die ausgesprochene Absicht Ziehens, die Psychiatrie auf Grund der Associationspsychologie zu durcharbeiten einen deutlichen Gegensatz zu der Kahlbaum'schen Forschungsmethode ausspricht. Scholz und Kirchhoff schlossen sich in Hinsicht auf die völlige Ablehnung des Begriffes Katatonie ursprünglich an Mendel an, während Scholz 92 und Kirchhoff 99 die Berechtigung desselben mehr oder weniger bedingt anerkennen. Eine ablehnende Haltung nimmt auch Wernicke in seinem 1900 erschienenen Grundriss der Psy-

chiatrie der Katatonie gegenüber ein. Wernicke löst die Katatonie in ihre Symptome auf und erkennt ihre Bedeutung nur in der Sammlung einer Anzahl gewichtiger Bausteine. Er bezeichnet die Katatonie als eine akinetisch-parakinetische Motilitätspsychose und rechnet sie zu den zusammengesetzten Motilitätspsychosen, unter denen er diejenigen akuten Psychosen versteht, die in verschiedenen Stadien verlaufen, wenn eines dieser Stadien das Bild einer Motilitätspsychose darbietet. Es giebt wohl keinen Forscher, der das Hauptpostulat der Katatonie, nämlich das: eine natürliche Krankheitseinheit zu bilden, gründlicher zurückweist, als Wernicke. Es giebt freilich auch wohl kaum einen Forscher, dessen offenbares Hauptbestreben klinischer Forschung ein so entgegengesetztes ist, als das von Kahlbaum war. Kahlbaum will wahrhaft klassifizieren, Wernicke begnügt sich hauptsächlich zu registrieren; Kahlbaum beachtet vor allem Verlauf und Ausgang, Wernicke legt den ausschlaggebenden Wert auf Symptomatologie; Kahlbaum sucht auf dem Wege klinischer Forschung den natürlichen Gruppen beizukommen, Wernicke mit Hilfe anatomisch-physiologischer Deduktionen. Noch deutlicher lässt sich bei Kraepelin die Abhängigkeit der Anerkennung der Katatonie von der Anerkennung des psychiatrischen Grundbestrebens nachweisen, welcher dieser Begriff seine Existenz verdankt. Kraepelin stand ursprünglich auf dem Boden der Symptomatologie. Er betonte 1883 ausdrücklich, dass er nichts aufzustellen beabsichtigte, als eine Reihe von Symptomenkomplexen, und erwähnt in diesem Jahre des Begriffes Katatonie noch nicht. 1889 führt Kraepelin die Katatonie, wie Schüle, unter dem Wahnsinn auf und bezeichnet sie als attonischen Wahnsinn, indem er unter Beibehaltung der Melancholia attonita und der akuten Demenz in der Definition das Hauptgewicht auf einzelne psychologische Erscheinungen, nämlich Wahnideen und Sinnestäuschungen legt. 1893 verlässt Kraepelin endgültig den symptomatologischen und einseitig-psychologischen Standpunkt, um nach eigener Aussage 1896 „den letzten Schritt zu thun“ mit dem Uebergange von dem symptomatologischen zum klinischen Standpunkte. In dem Jahre 1893 hat auch bei Kraepelin die Katatonie ihre Stellung als eine natürliche Krankheitseinheit gewonnen. Kraepelin nahm aber nicht einfach den ursprünglichen Begriff Kahlbaums auf, sondern griff in die Entwickelung ein, welche der Begriff Katatonie durch fortgesetzte Beobachtungen bisher erfahren hatte, deren wichtigste Momente darin bestanden, dass erstens die Katatonie, auf dem Boden der angeborenen oder erworbenen Degeneration entstanden, zur Verblödung führt, und dass zweitens die trennenden Schranken der Katatonie und Hebephrenie einerseits mit Rücksicht auf Pathogenie und Prognose, andrerseits mit Rücksicht auf symptomatologische Uebergänge fallen müssen. War auch, wie vorher

auseinandergesetzt wurde, diese neue Auffassung des Begriffes Katatonie geschichtlich vorbereitet, so hat doch erst Kraepelin in ausführlicher und systematischer Weise die Konsequenzen gezogen, indem er die Katatonie in Gemeinschaft mit der erweiterten Hebephrenie zusammenfasste unter dem Namen der psychischen Entartungsprozesse. Das Wesentliche in der Katatonie ist, wie in der Hebephrenie, nicht die Wahnidee, auch nicht das motorische Symptom, sondern der Ausgang in einen Schwächezustand, welcher in seiner Eigenart häufig schon früh das klinische Bild beherrscht. Unter Katatonie versteht Kraepelin daher nunmehr eigentümliche in Stupor und späteren Schwachsinn übergehende Erregungszustände, die mit verworrenen Wahnideen, Sinnestäuschungen und den Erscheinungen der Stereotypie und der Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen einhergehen. Das vierteilige Schema des Verlaufes, welches nur seine geschichtliche Berechtigung hatte und einen Rest der rationalistischen Tendenzen in der Psychiatrie darstellte, musste fallen, sobald der letzte Glaube an solche theoretischen Vorurteile geschwunden war; an die Stelle des zum Teil durch theoretische Entgegensetzung zur Paralyse gewonnenen Hauptsymptoms der Spannung und des Krampfes waren die klinischen wichtigeren Symptome der Stereotypie und das neue Symptom der Suggestibilität getreten. Zugleich mit dem letzten Schritt zur Gewinnung des rein klinischen Standpunktes hebt Kraepelin 1896 die letzte geschichtlich wichtige Differenz mit Kahlbaum auf, indem er die Melancholia attonita, von der Kahlbaum in seiner Darstellung ausgegangen war, in dem Begriffe Katatonie aufgehen lässt. Hatte Kraepelin schon 1893 als das gemeinsame Wesen der Hebephrenie und Katatonie, sowie der von ihm aufgestellten Dementia paranoides, den Ausgang in Schwachsinn bezeichnet, so betont er 1898 diesen Gesichtspunkt noch ausdrücklicher, indem er alle drei Krankheiten, deren nahe Verwandtschaft durch fliessende Uebergänge schon damals hervorgehoben wurde, unter dem Begriffe Dementia präcox vereinigt. Vor allen Dingen aber ist der geschichtlich immer deutlicher gewordenen Anschauung, dass Katatonie und Hebephrenie verwandt sind, in der Aufstellung der Dementia präcox das Siegel aufgedrückt worden. Wie abhängig die Entwickelung und Aufnahme des Begriffes Katatonie von den psychiatrischen Grundanschauungen gewesen ist, zeigt sich sehr deutlich daran, dass Kraepelin unter stetigem Verfolgen des einmal eingeschlagenen Weges nunmehr geneigt ist, die Krankheitsbilder der primären Verrücktheit sogar in ihren chronischen Formen, durch Uebergänge verbunden, in die unmittelbarste Nähe der Katatonie zu stellen, nachdem schon längst zuvor die akute Störung ihr eingeordnet worden war. Hatte Westphal auf Grund der Anschauung,

dass die primäre Störung des Vorstellungslebens ein diagnostisches Hauptmerkmal ausmache, die Katatonie unter die Verrücktheit gestellt, so gewann Kraepelin unter bevorzugter Wertschätzung des Verlaufes und der Prognose sowie des psychischen Gesamtzustandes je länger, je tiefer die Ueberzeugung, dass die primäre Verrücktheit zum grössten Teile der Katatonie ein- oder anzureihen sei. Der Begriff der sekundären Verrücktheit verschwand bezeichnender Weise mit dem selbständigen Auftreten des Begriffes Katatonie in Kraepelins System, da jener Begriff nur bei einer Forschungsmethode erhalten bleiben konnte, welche im Gegensatze stand zu derjenigen, welcher die Katatonie entstammte und mit deren Anerkennung dieser Begriff steht und fällt. Die Definition der Katatonie an sich war bei Kraepelin 1898 die gleiche geblieben, ausser dass jetzt das Symptom des Negativismus mehr in den Vordergrund getreten war. Aber durch die Unterordnung der Katatonie unter den Begriff Dementia präcox als katatonischer Form derselben geriet die Katatonie anscheinend in Gefahr, in ihrem geschichtlichen Fundament erschüttert zu werden, nämlich in ihrer Anerkennung als einer natürlichen Krankheitseinheit. Diese Gefahr ist aber in der That nur im Anschein gelegen. Einerseits bedeutete Kraepelin der Begriff Dementia präcox nicht viel mehr, als eine übersichtliche Formulierung, welche keineswegs darüber eine abschliessende Entscheidung geben sollte, dass der Krankheitsvorgang bei den Untergruppen überall der gleiche sei; andrerseits war die wichtigste Verschmelzung der Katatonie, diejenige mit der Hebephrenie, ja aus der ureigenen Entwickelung des Begriffes Katatonie selbst hervorgegangen, dessen Wesen nicht in der engeren oder weiteren Fassung besteht, sondern darin, dass er als Ausdruck einer eigentümlichen und von anderen Prozessen grundverschiedenen Krankheit anerkannt wird, dass er als natürliche Einheit nicht auflösbar und verteilbar ist auf andere angeblich besser fundierte Begriffe, sondern sich trotz aller Charakterveränderung und Vergrösserung die Stellung eines Krankheitsindividuums bewahrt. Und sollte es auch einmal mit dem Fortschreiten der Beobachtung dahin kommen, dass der Inhalt die ursprüngliche Form in der That zerbricht, so ist es doch ein anderes, ob dieser Bruch aus dem natürlichen Wachstum des Begriffes selbst hervorgeht, oder ob er von aussen her durch Zertrümmerung zerfällt. In dem ersteren Falle untersteht der Begriff Katatonie nur der allgemeinen Thatsache, dass auch die bestfundierteste Krankheitsform nichts ist, als eine Zustandsform, das heisst eine Form, welche dem jeweiligen Zustande unseres Wisses entspricht.

Werfen wir noch einen kurzen Blick auf die mannigfachen Theorien, welche über das Zustandekommen der motorischen Erscheinungen auf-

gestellt worden sind, die Kahlbaum seiner Katatonie zurechnete, so können ganz allgemein zwei Ansichten unterschieden werden. Die eine Meinung glaubt in dem psychischen Gebiet, den Wahnideen und Hallucinationen den wichtigsten Erklärungsgrund suchen zu müssen, die andere will nur eine streng automatisch-motorische Erklärung gelten lassen. Zwischen diesen extremen Anschauungen werden mannigfache Vermittelungen angestrebt. Mit dem Phänomen der Katalepsie beschäftigt sich 1878 besonders Svetlin, welches er an der Hand seiner Theorie des cerebromolekularen Aequilibriums verständlich zu machen sucht. Der Einfluss der Krankheit, welche zu Katalepsie und verwandten Erscheinungen führt, bestehe darin, dass die Anordnung der Hirnmoleküle sich mehr stabilisiere, durch welche erhöhte Stabilität Sensibilität und Willensreiz auf das äusserste herabgesetzt oder aufgehoben werde. Rieger wandte sich 1882 gegen diese Theorie und stellte die später namentlich von Roller und Neisser acceptierte Ansicht auf, dass die flexibilitas cerea nur ein Ausdruck der Thatsache sei, dass die antagonistischen Muskeln in jedem Augenblick gleichmässig innerviert würden. Für die meisten motorischen Erscheinungen der Katatonie suchte, ohne zu dieser Krankheit Stellung zu nehmen, Roller 1884 am ausdrücklichsten der Anschauung Geltung zu verschaffen, dass diese Symptome so wenig durch Bewusstseinszustände veranlasst seien, dass der ihnen zu Grunde liegende subcorticale Vorgang vielmehr umgekehrt auf den psychischen Inhalt einen massgebenden Einfluss ausübe. Er weist mit Sammt darauf hin, dass Empfindungen, Vorstellungen und Handlungen, schon oft physiologisch gleichsam aufgezwungen werden. Durch Affektion der subordinierten Hirnzentren wird die Aufmerksamkeit zwangsmässig auf einen Inhalt fixiert, welcher eben der Selbständigkeit dieser Zentren und dem Eigenleben der Muskulatur, teilweise auf dem Wege der Bewegungsgefühle, sein Dasein verdankt. Die Störungen der Sprache, den Negativismus, die paradoxen, verschrobenen Bewegungen will er daher auf eine, von bewusster Willkür unabhängige, gesteigerte Innervation der Antagonisten zurückführen. Den äusserlichen Gegensatz von Katalepsie und Spasmus sucht er zu überbrücken, indem er in dem einen Falle eine gleichmässig, im andern eine einseitig gesteigerte Thätigkeit der Antagonisten annimmt. Freusberg stimmt 1886 mit Roller darin überein, dass es sich bei den in Rede stehenden motorischen Abnormitäten, von denen er nur die krampfartigen Erscheinungen berücksichtigt, nicht um psychologisch verständliche Reaktion auf Wahnvorstellungen und Hallucinationen handele, sondern vielmehr ein einfacher Zwangszustand gegeben sei. Umgekehrt aber wie Roller sieht er in dem psychischen Ergriffensein das Primäre, welches so stark sei in diesen Fällen, dass der Reiz

gleichsam ausstrahle in tieferliegende Hirnteile. Bei dem Zustandekommen dieser motorischen Symptome handele es sich nicht um eine Störung besonderer Art, sondern dieser Zustand sei nur der symptomatische Ausdruck für den Grad der psychischen Spannung. Reizzustände in den psychischen Zentren üben einen ausstrahlenden Reiz auf die motorischen Gebiete im Gehirn aus, die mit reflektorischem Zwange in irgendwelchen psychisch nicht bestimmbaren Bewegungen sich entladen können. Wie Roller und Freusberg erblickt 1886 Binder in dem Auftreten der motorischen Anomalien das Kennzeichen eines prognostisch ungünstigeren, tieferen Hirnprozesses. Binder giebt eine eingehendere Beschreibung der Stereotypien, welche er sich jedoch abzutrennen bemüht von ähnlichen Erscheinungen, wie sie Guislain unter Folie, auch Hagen unter „Narrheit" kennzeichneten. Er geht hiermit auf die Frage ein, inwieweit die motorischen Erscheinungen der Katatonie auch bei anderen Krankheiten vorkommen bezw. sich von nur ähnlichen Symptomen unterscheiden. Näher haben sich mit diesem Thema besonders Knecht und Neisser beschäftigt. Knecht suchte 1885 des Ausführlicheren nachzuweisen, dass Stereotypien in Bewegung und Haltung, Katalepsie und Verbigeration auch bei der Paralyse längere Zeit das Krankheitsbild beherrschen können, entweder in der Weise, dass der Kranke sich anfänglich als Katatoniker entwickelt und später als Paralytiker endet, oder umgekehrt. Knecht hilft sich mit der Theorie von Mischformen. Während auch Näcke, der ähnliche Beobachtungen brachte, die Frage nicht in nähere Erwägung zieht, ob denn die äusserlich ähnlichen Erscheinungen bei ihrem Wesen nach verschiedenen Krankheiten in der That auch nur grob-symptomatologisch gleich sind, machte Neisser 1890 in seiner Untersuchung über Verbigeration diesen Punkt zum Gegenstand eingehender Erörterung. Neisser muss schliesslich zugeben, dass Verbigeration (in dem Kahlbaum'schen Sinne einer mehrfachen Wiederholung von Lauten, Worten und Satzteilen mit dem scheinbaren Charakter der Rede) sowohl bei Epileptikern, wie bei Paralytikern sich findet, glaubt jedoch behaupten zu können, dass bei den Gemütskrankheiten Melancholie und Manie, sowie in der Cyklothomie und der echten primären Paranoia Verbigeration nicht zur Beobachtung gelange. In der Anschauung Kahlbaums, dass die Verbigeration als ein klonischer Krampf zu betrachten sei im Gegensatz zu dem tonischen des Mutacismus, kann Neisser nur einen geistreichen Vergleich erblicken. Seine Theorie geht in Anlehnung an Kandinsky dahin, dass bei der Verbigeration sowohl, wie bei dem Mutismus ein hochgradiger zentraler Hemmungszustand vorhanden sei, welcher bei dem Mutismus dauernd bestehe, bei der Verbigeration jedoch an einer Stelle mit Mühe durch einen pathologischen Reizzustand durchbrochen

werde. Er legt der Verbigeration einen hohen diagnostischen Wert bei, vor allem dann, wenn sie in Verbindung mit Pathos auftritt. Auch das Symptom der schriftlichen Verbigeration wird von Neisser schon 1887 deutlicher hervorgehoben, als es von Kahlbaum und Brosius geschehen war. In der Anerkennung der Selbständigkeit des motorischen Apparates und seiner kausalen Beziehung zu den Bewusstseinszuständen schliesst sich Cramer 1889 zum Teil Neisser und Roller, sowie ähnlichen Aufstellungen von Arndt und Solbrig an. In seiner Lehre von den Muskelhallucinationen sucht Cramer Zwangsbewegungen, Zwangsreden, Gedankenlautwerden (von welchem Symptom Kandinsky zuerst eine genauere Beschreibung gab) durch die Theorie zu erklären, dass eine auf hallucinatorischem Wege entstandene Bewegungsempfindung auf motorische, zentrifugale Bahnen übergeht und die wirkliche Ausführung der dem Bewusstsein aufgezwungenen falschen Bewegungsvorstellung zur Folge hat. Die Hallucination entsteht in der centripetalen Sinnesbahn, welche in der Muskulatur Aufnahmestation hat, deren Energie darin besteht, dass sie Bewegungsempfindungen nach der Hirnrinde bringt, welche dort zu Bewegungsvorstellungen umgesetzt und als solche abgelagert werden. Cramer betont, dass Kahlbaum den in Rede stehenden Symptomenkomplex in der Katatonie eingehend beschrieben hat, er weigert sich jedoch die Berechtigung dieser Erkrankung anzuerkennen, vor allem deswegen, weil dieser Symptomenkomplex im letzten Grunde auf einer Abnormität der Vorstellungsbildung beruhe und folglich der Paranoia angehöre. Während die vorstehenden Autoren unter anderen Symptomen auch die Katalepsie nur sehr bedingterweise psychologisch erklären wollten, kommt Sommer 1894 zu dem Schlusse, dass die Katalepsie durchaus psychisch bedingt sei und entstehe durch Concentration des Bewusstseins auf die Innervation der Muskulatur bei Ausschaltung des Ermüdungsgefühls und aller das Selbstbewusstsein ausmachenden Associationen. Die sich scheinbar widersprechenden motorischen Phänomene der Katalepsie und der katatonischen Exaltation erlauben, nach ihm, die gemeinsame Deutung, dass es sich in beiden Fällen um eine zu lange festgehaltene Innervation oder Bewegungsantrieb handelt. Der gemeinsame Grundzug der Katalepsie und des stereotypen Bewegungsdranges liegt in der Konstanz, in dem konstanten Trieb zur Wiederholung von Innervationen: bei der Katalepsie zur Wiederholung einer Haltung, bei dem die Katalepsie komplizierenden Bewegungsdrange zur Wiederholung einer Bewegungsreihe. Im Gegensatze zu Sommer hält 1898 Lehmann wieder an der rein automatischen Entstehung dieser motorischen Anomalien fest, indem er sich zu der Meynert'schen Hypothese von dem reciproken Verhältnis des Cortex und der infrakortikalen Ganglien bekennt.

Er weist hin auf die Entstehung von Stereotypien bei organischen Erkrankungen infolge von Verletzung infrakortikaler Zentren, wie des Linsenkerns und des Thalamus. Nach ihm gehören die bei den katatonischen Erscheinungen vorkommenden Bewegungsformen zu den koordinierten Bewegungen, für welche im allgemeinen ein fertiger Nervenmechanismus vorliegt, welcher meist wohl schon durch die Gattung erworben worden sei. Dieser Nervenmechanismus könne bis zu gewissem Grade unabhängig von der Psyche in Thätigkeit geraten. Wird derselbe nicht genügend von im Kortex sich abspielenden Vorstellungen und Hemmungen reguliert, sind ausserdem die Bedingungen vorhanden, die ein Funktionieren des Mechanismus besonders begünstigen, (nämlich subcortikale Reizung neben der cortikalen Schwäche) so kommt es zu den motorischen Anomalien. Das Grundsymptom dieser Anomalien sieht er, wie Sommer, in der Stereotypie. Auf dem experimentellen Wege feinerer psychologischer Analyse suchte, ähnlich wie Sommer, 1896 Groos dem Wesen der stuporösen und kataleptischen Zustände näher zu kommen und stellte fest, dass der Stupor der Katatonie im Gegensatze zum cirkulären Stupor keine wesentliche Hemmung und Störung der Auffassungsfähigkeit zeigt. Während die vorgenannten Psychiater allein die psychomotorischen Störungen ins Auge fassten, hob Ostermayer als diagnostisches Hilfsmittel der Katatonie gewisse somatische Erscheinungen hervor: wie die Steigerung der Sehnenreflexe, idiomuskuläre Kontraktion und Herabsetzung der galvanischen Muskelerregbarkeit. Von den Systematikern nimmt Schüle eine vermittelnde Stellung ein zwischen der automatisch-motorischen und psychischen Theorie, indem er die in Betracht kommenden Anomalien 1896 in ausführlicher Besprechung in 6 Gruppen einteilt, je nachdem das motorisch-neurotische oder psychische Element überwiegt. Ein Teil dieser motorischen Erscheinungen entsteht durch Reflexe aus Sensibilitätsstörungen und durch Wirkung von Hallucinationen auf im Reizzustande befindliche motorische Zentren, ein anderer Teil infolge einfacher motorisch-neurotischer Affektion. Alle motorischen katatonischen Bewegungen gehen in einander über, wechseln mit einander ab, stehen in thatsächlichem klinischen Zusammenhange. Auch Kraepelin bekennt sich nicht zu der rein mechanistischen Erklärung, lehnt jedoch die logische Begründung durch Wahnideen und Hallucinationen ab, da er in krankhaften Störungen der Willensthätigkeit das gemeinsame Element erblickt, welches allen den symptomatisch so ungleichen Störungen zu Grunde liegt.

Es ist eine gewöhnliche Erscheinung, dass ein Krankheitsbegriff vor allem in dem Lande seine Hauptbearbeitung und Entwickelung erfährt, wo er zum ersten Male in scharfen Umrissen aufgestellt worden ist. Es ist daher um so weniger zu verwundern, dass die Entwickelung des

Begriffes Katatonie vom Auslande her — abgesehen von russisch-deutschen Arbeiten — keine nennenswerte Beeinflussung erfahren hat, als dieser Begriff ja von vornherein durch Kahlbaum in einen polemischen Gegensatz gestellt worden war zu besonders in Frankreich anerkannten Begriffen, wie Melancholie avec stupeur und degeneratives Irresein. Es ist daher verständlich, dass man die Katatonie gerade den Krankheitsbegriffen unterordnete, durch deren Auflösung die Fassung des Begriffes Katatonie überhaupt erst ermöglicht worden war. Dazu kommt, dass natürlich auch im Auslande die Formulierung der Krankheitsbegriffe abhängig war von der jeweiligen psychiatrischen Grundanschauung, welche in dem herrschenden Begriffe des degenerativen Irreseins die Katatonie um so vollständiger auf- und untergehen liess, als die immer deutlicher werdende Aetiologie der hereditären oder erworbenen Degenerescenz hinreichenden Anhalt zu dieser Unterordnung bot.

Die wichtigste französische Arbeit über Katatonie ist die von Séglas und Chaslin aus dem Jahre 1888. Nach einer Besprechung der einschlägigen Litteratur und kritischer Durchsicht der Einzelheiten der Katatonie kommen die Verfasser zu den Schlusssätzen, dass 1. die motorischen Symptome der Katatonie an sich nichts Charakteristisches haben, da sie bei zahlreichen Geisteskrankheiten vorkommen; 2. diese Erscheinungen auch in ihrer Entwickelung, ihrem Verlauf und Verhältnis zu anderen Krankheitszeichen keine ausschliessenden Merkmale besässen; 3. auch die Symptome, welche sehr eng mit dem Begriffe Katatonie verbunden zu sein schienen, wie die Verbigeration auch sonst, z. B. in der Paralyse, gefunden würden; 4. der cyklische Verlauf keine Besonderheit darstelle; 5. endlich auch das Gesamtbild der Krankheit nach Aetiologie, Entwickelung und Ausgang nichts Charakteristisches aufweise: la catatonie une coexistence, mais non une association ou une combinaison de symptomes. An der Hand von Krankengeschichten suchen die Verfasser dann nachzuweisen, dass die Katatonie am besten in das Gebiet der degenerativen Psychosen, namentlich der Hysterie, gehöre, indem sie für den Begriff Hysterie voraussetzen, dass er einheitlicher und schärfer umgrenzt ist, als der Begriff Katatonie, und die Frage nicht näher erörtern, was denn an der Hysterie in dem weitgefassten Umfange das in Aetiologie, Verlauf und Ausgang, Symptomatologie, Syndrom und Gesamtbild so hervorragende Charakteristische sei. Auch die Frage wird nicht gründlicher erwogen, ob man durch solche zersplitternde Betrachtung der einzelnen Krankheitsbestandteile überhaupt je zu der Anerkennung einer Krankheitseinheit gelangen könne, ob nicht z. B. die Paralyse, da auch sie kein ausschliesslich eigentümliches Symptom besitzt, bei einer solchen Betrachtungsweise in ihrer Eigenart zweifelhaft erscheinen müsse. Die

Betrachtung des Gesamtbildes aber, die eingehendere Betrachtung des Verlaufes und vor allem des Ausganges wurde von den Verfassern schon deswegen nicht an erster Stelle ins Auge gefasst, weil sie fast allein das Kahlbaum'sche Katatonie-Schema zum Ausgangspunkt ihrer Untersuchung nahmen, an welchem sie, einer eindringlichen Kenntnis der Krankheit fremd, natürlich ebensowohl Anstoss nahmen, wie die meisten der späteren deutschen Bearbeiter.

Diese Arbeit von Séglas und Chaslin wurde ins Englische übertragen und lenkte, neben den Arbeiten von Schüle und Neisser, die Aufmerksamkeit der englischen Psychiater auf die Katatonie, welche bisher wenig Beachtung in England gefunden hatte und von Hak Tuke zu den Stuporzuständen gerechnet worden war. Dieser Begriff erfuhr daraufhin 1892 durch Nolan eine monographische Bearbeitung, in welcher er keine neuen Thatsachen oder Gesichtspunkte vorbringt, aber die Bedeutung und Berechtigung des Begriffes Katatonie anerkennt. In einem späteren kasuistischen Beitrage bekennt sich Nolan jedoch ausdrücklich zu der Schüle'schen Auffassung der Katatonie.

Im Gegensatze zu England fand die Katatonie und Hebephrenie namentlich durch die Bemühungen Spitzkas und Kiernans in Amerika schon frühzeitig Beachtung und erhielt, wie Jensen erwähnt, ihre offizielle Anerkennung durch Aufnahme in die Zählkarten; wenngleich Kellogg 1897 den Begriff Katatonie radikal ablehnt. Spitzka und Kiernan schlossen sich in ihren 1877—84 veröffentlichten Aufsätzen in der Hauptsache Kahlbaum an. Kiernan versuchte die pathologische Anatomie der Katatonie zu erweitern und behauptete in der skrophulösen Diathese und tuberkulösen Jugenderkrankung die Grundlage der Krankheit zu erkennen. In Deutschland fand dieses Moment wenig Bearbeitung. Sommer rechnete, wie erwähnt, die Katatonie ausdrücklich zu den anatomisch-nicht erkennbaren Krankheiten, Schüle wies im Gegensatze zu Kahlbaum darauf hin, dass eine Atrophie der Hirnrinde hier nicht vorkäme. Köttgen suchte 1899 nachzuweisen, „dass dem Symptomenbilde der Katatonie in pathologisch-anatomischer Beziehung verschiedenartige Gehirnkrankheiten zu Grunde liegen können" (Paralyse, tuberkulöse Meningitis, Gliose der Hirnrinde). Erst das Mikroskop, an dessen Verwendungsmöglichkeit zur Lösung dieser Frage Kahlbaum noch verzweifeln musste, schien einen positiven Anhaltspunkt zu gewähren. Alzheimer teilte 1898 mit, dass er in zwei Fällen von Katatonie ausserordentlich zahlreiche Kernteilungsfiguren und Wucherungserscheinungen an der Glia nebst eigentümlichen Ganglienzellenveränderungen gefunden habe. Die anscheinende Thatsache, dass bei der Katatonie im Gegensatz zu der Paralyse keine makroskopisch sichtbaren Hirnveränderungen zu

Stande kommen, hat, wie Hecker betont, die Anerkennung des Begriffes Katatonie sicherlich um so stärker aufgehalten, als dieselbe zu einer Zeit publiziert wurde, in der man häufig, in begreiflichem Optimismus, für die Anerkennung einer natürlichen Krankheitsform den gesicherten Nachweis einer pathologisch-anatomischen Grundlage forderte.

Lenkte man in Amerika sein Augenmerk auf die anatomischen Grundlagen der Katatonie, so erfuhr in Russland die Aetiologie eine genauere Untersuchung. Während Serbsky 1892 in ähnlicher Weise wie Séglas und Chaslin den Begriff Katatonie in seine Elemente zerlegte und vor allem auf Grund der Erwägung, dass diese Elemente sich in den verschiedensten Krankheiten wiederfinden, dem Begriff seine Selbständigkeit absprach, stellte Tschisch 1899 die Katatonie, wenn auch in einer eigentümlichen Fassung, als eine Krankheitseinheit auf, welche vor allem durch die Aetiologie in ihrer Natürlichkeit gesichert erscheine. Die Ursache soll in der Autointoxikation durch retiniertes Sperma bei besonders robusten, geschlechtlich enthaltsamen jungen Leuten bestehen. Das Vorkommen der Erkrankung bei dem weiblichen Geschlecht wird zugegeben. Diese Anschauung vereinigt in eigenartiger Weise die alte Lehre von der Ursächlichkeit sexueller Reizungen, welche besonders Schüle und Nolan angenommen hatten, mit der neuerdings von Kraepelin geäusserten Anschauung, dass hier ein toxischer Vorgang wirksam sei. Muralt suchte auf Grund seiner Erfahrungen über Entstehung von Katatonie nach Kopfverletzung die Annahme wahrscheinlich zu machen, dass die motorischen Symptome der Katatonie der klinische Ausdruck einer diffusen, vorläufig nicht nachzuweisenden Läsion der Hirnsubstanz sei. —

Ueberblickt man die Entstehung und Entwickelung des Begriffes Katatonie als Ganzes und fragt man, welche Bedeutung er bisher für die Psychiatrie gewonnen hat, so fällt auch in dieser Hinsicht der Vergleich mit der Paralyse ins Auge, welcher mit Bezug auf das Wesen beider Krankheiten schon von Kahlbaum gezogen wurde. In beiden Krankheiten waren die einzelnen motorischen Symptome von altersher bekannt; in beiden wurden aus den motorischen Symptomen zuerst Symptomenkomplexe gebildet, welche, anfänglich als Komplikation aufgefasst, endlich mit dem Anspruche auftraten, einer besonderen und natürlichen Krankheitseinheit anzugehören. In beiden Krankheiten fand eine immer grössere Erweiterung des Umfanges statt, zugleich mit einer sich vertiefenden Erkenntnis des Wesentlichen an ihnen. Beide Krankheiten sind eine Frucht klinischer Forschungsmethode, beide haben die Notwendigkeit gleichmässiger Bewertung somatischer und psychischer Symptome immer wieder vor Augen gestellt, beide haben ihre Elemente erst dadurch un

gerade dadurch zu allgemeinerer Kenntnis gebracht, zu tieferem Studium derselben Veranlassung gegeben, dass sie mit dem Anspruche einer natürlichen Krankheitseinheit auftretend das Interesse für das Studium dieser Elemente überhaupt erst recht wach riefen. Vor allen Dingen aber haben sie durch diesen Anspruch den anderen Krankheitsarten zu einer besseren Erkenntnis verholfen, indem man nunmehr gezwungen war, reinliche Scheidungen eintreten zu lassen, Differentialdiagnosen zu stellen. So wenig sich in dem See der Wassertropfen von dem Wassertropfen scheiden lässt, weil er nicht unterschieden werden kann, so wenig liess sich in dem uferlosen Gewoge der Symptomatik oder der Einen Geisteskrankheit das Wesen und das Zufällige, das Grundleiden und die Begleiterscheinung von einander trennen. Solange man die Symptome der Paralyse einfach als Komplikation betrachtete, konnte es geschehen, dass „Melancholien“, „Manien“, „Epilepsien“, „sekundäre Verrücktheit“ eines Tages nach allmählichem Hinzukommen von Pupillenstarre und Sprachstörung unter Schlaganfällen zu Grunde gingen, sobald aber Krankheiten, welche Pupillenstarre und Sprachstörung aufwiesen, von vornherein unter dem Gesichtspunkte eines von anderen Krankheiten abzutrennenden Sonderleidens betrachtet wurden, war man genötigt zu scheiden die Melancholie und depressive Verstimmung der Paralyse, die sekundäre Verrücktheit und den rasch auftretenden paralytischen Blödsinn. Die Katatonie hat nicht zum wenigsten das Verdienst gehabt, durch Anregung zur Differentialdiagnose schärfere Abgrenzungen in der Lehre von den Geisteskrankheiten gefordert und erreicht zu haben. Wenn man den Wert eines Begriffes nicht allein nach der Tiefe und Wahrhaftigkeit seines eigenen Inhalts, sondern vor allem auch nach seiner Fruchtbarkeit für die Vertiefung und Klärung anderer Begriffe einzuschätzen hat, so ist zu schliessen, dass der Kahlbaum'sche Krankheitsbegriff der Katatonie in der zwiefachen Hinsicht für die Psychiatrie von hoher Bedeutung geworden ist.

Litteraturverzeichnis.

1809. Pinel: Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.
1827. Esquirol: Seelenstörungen (Bearbeitet von Hille).
1830. Jacobi: Ueber die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten.
1844. Flemming: Klassifikation der Seelenstörungen.
1845. Griesinger: Psychische Krankheiten. Cit.
1847. Jessen: de melancholia attonita. Diss.
1852. Guislain: Vorträge über Geisteskrankheiten (Uebersetzt von Lähr 54).
1852. Sauze: de la stupidité (Refer. Annal. medic-psychol. 1854).

1853. Baillarger: De la mélancolie avec stupeur. Annales médic-psych. 1853.
1854. Baillarger: De la folie à double forme. Annal. médic-psych. 1854.
1855. Kieser: Elemente der Psychiatrik.
1859. Neumann: Psychiatrie.
1860. Morel: Traité des maladies mentales (cit. bei Kahlbaum und Pick).
1861. Griesinger: Psychische Krankheiten.
1863. Kahlbaum: Gruppierung der psychischen Krankheiten.
1865. Leidesdorf: Lehrbuch der psychischen Krankheiten.
1865. Snell: Monomanie als primäre Seelenstörung. Zeitschr. f. Psych. B. 22.
1867. Griesinger: Vortrag in der Klinik. Archiv f. Psych. B. I.
1867. Schüle: Dysphrenia neuralgica.
1868. Sander: Eine spezielle Form der primären Verrücktheit. Archiv f. Psych. B. I.
1868. Arndt: Chorea und Psychose, Archiv f. Psych. B. I.
1869. Kahlbaum: Ueber das Spannungsirresein. Vortrag auf der Naturforscherversammlung (Ref. Archiv f. Psych. II).
1871. Hecker: Hebephrenie. Virchows Archiv f. path. An. B. 52.
— Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie. Ibidem.
1872. Arndt: Vortrag über Tetanie und Psychose mit anschliessender Diskussion in der Naturforscherversammlung (Ref. Zeitsch. f. Psych. B. 30).
1872. Arndt: Katalepsie und Psychose, Vortrag im Psych. Verein zu Berlin (Ref. Zeitsch. f. Psych. B. 30).
Meschede: Phrenolepsia erotematica (Zeitsch. f. Psych. B. 28).
Solbrig: Beziehungen des Muskeltonus zur psychischen Erkrankung (Zeitsch. f. Psych. B. 28).
Wiedemeister: Ueber Aphasie. Ibidem.
1874. Kahlbaum: Die Katatonie.
Diedrichs: Ueber Hebephrenie. Diss.
1875. Fürstner: Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen, Archiv für Psych. B. V.
1876. Hecker: Zur klinischen Prognostik und Diagnostik.
Westphal: Ueber die Verrücktheit. Vorträge im Verein deutscher Irrenärzte (Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 34).
1877. Brosius: Die Katatonie (Zeitschr. f. Psych. B. 33).
Holländer: Zur Kasuistik der Hebephrenie, Jahrbücher für Psych. B. 7—8.
Meynert: Fortschritte in der Lehre der psychischen Krankheitsformen, Ibidem.
Kiernan: Ueber Katatonie, American journ. of insanity 1877 (Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 36).
Rebs: Fall von Katatonie. Diss.
Tigges: Ueber die Formularien der irrenärztlichen Statistik. Vortrag im Verein deutscher Irrenärzte. Zeitschr. f. Psych. B. 34.
Weiss: Wert der Reformbestrebungen in der Psychiatrie.
1878. Kahlbaum: Klinisch-diagnostische Gesichtspunkte. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge Nr. 126.
Schäfer: Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. Zeitschr. für Psych. B. 36.
Svetlin: Zur Lehre der Katalepsie. Archiv f. Psych. B. VIII.

1878. Schüle: Psychiatrie (I. Aufl.) cit.
1879. Sterz: Psychische Störungen im Pubertätsalter. Jahrbücher f. Psych. I—III.
Kraft-Ebing: Psychiatrie (I. Aufl.).
1880. Meynert: Hallucinatorischer Wahnsinn. Jahrb. f. Psych. I—III.
Rienecker: Ueber Hebephrenie. Vortrag und Diskussion im Verein deutscher Irrenärzte. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 37.
Schüle: Psychiatrie.
1881. Fink: Beitrag zur Kenntnis des Jugendirreseins. Zeitschr. f. Psych. B. 37.
Jensen: Die Katatonie. Encyklop. der Wissenschaft und Künste. Zweite Sekt. 34.
1882. Rieger: Ueber normale und kataleptische Bewegungen. Archiv für Psych. B. 13.
Schüle: Dementia acuta und Stupor. Zeitschr. f. Psych. B. 38.
Kahlbaum: Ueber Cyklisches Irresein.
Konrád: Zur Lehre der Katatonie. Ref. Centralbl. für N. u. Ps. 1883.
Neuendorf: Zur Katatonie. Ibidem. S. 529.
1883. Arndt: Psychiatrie.
Kraepelin: Psychiatrie. (I. Aufl.)
Kiernan: Katatonia. Alienist and Neurol. 1883. Ref. Centralbl. f. N. u. Psych. 1883.
Spitzka: Katatonia. American journ. Neur. and Psych. 1883 (cit. b. Nolan).
1884. Kahlbaum: Heboidophrenie. Vortrag. Ref. Zeitschr. f. Psych. 41.
Roller: Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Zeitschr. für Psych. B. 42.
1885. Knecht: Katatonische Erscheinungen bei der Paralyse. Vortrag. Ref. Zeitsch. f. Psych. B. 42.
Ball: Hebephrenie. Ref. Neurol. Centralbl. 85.
Freusberg: Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen. Vortrag (85) Archiv f. Psych. B. 17.
1886. Binder: Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters. Archiv für Psych. B. 20. Vortrag (86).
Schüle: Psychiatrie.
1887. Neisser: Die Katatonie.
Tamburini: Ueber Katatonie, Irrenfreund 1887. Ref. Neurol. Centralbl. B. 7.
1888. Séglas et Chaslin: La Catatonie. Archiv de Neurolog. 15 u. 16.
Mairet: Folie de la puberté. Annales médico-psych. 88—89.
Neisser: Ueber Sanders Verrücktheit. Archiv f. Psych. B. 19.
Schöne: Ueber Hebephrenie. Diss.
Wille: Lehre der Verwirrtheit. Archiv f. Psych. B. 19.
1889. Cramer: Die Hallucinationen im Muskelsinn.
Koch: Leitfaden.
Kraepelin: Psychiatrie.
Stawitz: Ueber den Schwachsinn als Folgezustand ungeheilter Psychosen. Diss.
1890. Kahlbaum: Heboidophrenie. Zeitschr. f. Psych. B. 46.
Krafft-Ebing: Psychiatrie.
Meynert: Vorlesungen über Psychiatrie.
Neisser: Ueber Verbigeration. Zeitschr. f. Psych. B. 46.
Ostermayer: Katatonie. Deutsches Archiv für klinische Medizin. B. 48.

1890. Scholz: Handbuch der Irrenheilkunde.
1891. Behr: Die Frage der Katatonie. Diss. Ref. Neurol. Centralbl. 92.
Pick: Ueber primäre Demenz. Wandervorträge.
Serbsky: Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. Centralbl. für Neur. u. Psych. 91. (Russische Originalarbeit 90).
1892. Daraszkiewicz: Ueber Hebephrenie. Diss.
Goodall: Observations upon Katatonia. Journal of mental scienc. 92.
Kiefer: Fall von Hebephrenie. Zeitschr. f. Psych. B. 48.
Kirchhoff: Psychiatrie. 1 Aufl.
Klinke: Ueber Zwangsreden. Zeitschr. f. Psych. B. 48.
Kraepelin: Ueber Katalepsie. Vortrag. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 48.
Scholz: Lehrbuch.
Stälin: Katatonie. Jahrbücher der Hamburger Krankenanstalten.
Smith: Case of so-called Katatonia. Journ. of m. sc. 92.
Magnan: Vorlesungen. (Deutsch von Möbius 92).
Nolan: Is Katatonia a special form of mental disorder? Journ. of mental sc. 92.
Régis: Manuel pratique de médecine mentale.
1893. Cramer-Bödicker: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Vortrag im psychiatrischen Verein zu Berlin und Diskussion. Ref. und ausführlich veröffentlicht. Zeitschr. f. Psych. B. 51.
Kraepelin: Psychiatrie.
Naecke: Kataton. Sympt. bei Frauen-Paralyse. Zeitschr. f. Psych. B. 49.
1894. Naecke: Katatonia alternans. Zeitschr. f. Psych. B. 50.
Schüle: Zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. Psych. B. 50.
Sémelaigne: Les grands aliénistes français. B. I.
Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten.
Sommer: Zur Lehre von der Hemmung geistiger Vorgänge. Zeitschr. f. Psych. B. 50.
Vigoureux: Démence précoce. Annales medico-psych. 94.
Ziehen: Psychiatrie.
1895. Kraepelin: Ueber Remissionen in der Katatonie. Vortrag. Ref. Zeitschrift f. Psych. B. 52.
Aschaffenburg: Diagnostische Bedeutung der Wahnideen. Ibidem.
1896. Gross: Ueber Stupor. Zeitschr. f. Ps. B. 53.
Kraepelin: Ziele und Wege. Vortrag. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 53.
Kraepelin: Psychiatrie.
1897. Alzheimer: Anatomische Grundlagen einiger Psychosen. Monatschr. für Psych. B. II.
Aschaffenburg: Katatoniefrage. Vortrag im Verein südwestdeutscher Irrenärzte und Diskussion. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 54. Ausführlich veröffentlicht. B. 55.
Kellogg: Text-book of mental diseases.
Mucha: „Zur Katatonie“. Vortrag. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 55.
Scholz: Ueber Pubertätsschwachsinn. Zeitschr. f. Psych. B. 53.
1898. Christian: L'hébéphrenie.
Schüle: Katatoniefrage. Vorträge im internationalen medic. Kongress. Ref. Zeitschr. f. Psych. Letzterer Vortrag ausführlich veröffentl. Zeitschr. f. Psych. B. 54.

1898. Illberg: Jugendirresein. Volkmann: Vorträge. Nr. 224.
Illberg: Bedeutung der Katatonie. Vortrag. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 55.
Kraepelin: Zur Diagnose und Prognose der dementia praecox. Vortrag im Verein südwest-deutscher Irrenärzte und Diskussion. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 56.
Lehmann: Katatonische Symptome. Zeitschr. f. Psych. B. 55.
Wille: Psychosen des Pubertätsalters.
1899. Köttgen: Klinische Katatonien bei organischer Erkrankung des Schädelinhaltes. Diss.
Kraepelin: Psychiatrie.
Meyer: Zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonen Zustände. Archiv f. Psych. B. 32.
Tschisch: Katatonie. Monatsschrift f. Psych. B. VI.
Elminger: 49 Fälle von Pubertätsirresein. Zeitschr. f. Psych. B. 57.
Hecker: Nekrolog Kahlbaum. Psych. Wochenschr. B. I.
1900. v. Muralt: Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzung Zeitschrift f. Psych. B. 57.
Morawitz: Klinische Mischformen von Katatonie und Epilepsie. D.
Müller: Periodische Katatonien. Diss.
Trömner: Das Jugendirresein. Alt: Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. B. III, Heft 5.
Wernicke: Grundriss der Psychiatrie.
1901. Schüle: Beiträge zur Katatonie. Zeitschr. f. Psych. B. 58.
Bertschinger: Verblödungspsychosen. Zeitschr. f. Psych. B. 58.
Verhandlungen deutscher Irrenärzte zu Berlin. Ref. Zeitschr. f. Psych. B. 58.

II. Bibliographie.

XI) **J. Dejerine et Mad. Dejerine-Klumpke:** Anatomie des centres nerveux. Tome deuxième, fascicule 1. (720 Seiten, 465 Abbildungen.) Paris, J. Rueff, 1901.

Der vorliegende erste Teil des zweiten Bandes von Dejerines grosser Anatomie der nervösen Centralorgane folgt dem ersten Bande nach sechs Jahren. Er enthält zunächst den Schluss der Anatomie des Grosshirns, dann die Anatomie des Rhombencephalon (Brücke, Kleinhirn, Medulla oblongata). Die Darstellung beginnt mit der Projektionsfaserung des Grosshirnmantels. Dieselbe ist mit einer Gründlichkeit und Ausführlichkeit behandelt, an welche die Schilderungen unserer sonstigen Lehrbücher nicht im entferntesten heranreichen. Trotzdem verrät auch sie nur wieder, wie unendlich wenig wir über dies relativ bestgekannte und praktisch z. Z. wichtigste Fasersystem wissen. Von allgemeinen Gesichtspunkten sei hervorgehoben, dass D. rückhaltlos sich auf den Boden der Neurontheorie stellt, und zweitens, dass er Flechsigs Lehren mit sehr energischen Ausdrücken zurückweist. Von Einzelheiten verdient Erwähnung, dass er auf Grund einer ausgedehnten eigenen Erfahrung die Existenz eines geschlossenen kräftigen Faserzuges vom Stirnhirn zur Brücke (Flechsigs frontale Endhirnrindenbrückenbahn) bestreitet; das innere Fünftel des Hirn-

schenkelfusses, das sonst diesem Bündel zugeschrieben wird, enthält demnach nicht Fasern, die in den Brückenkernen endigen, sondern im wesentlichen die Rindenneurone eines Teiles der Hirnnerven und Projektionsfasern zum locus niger; dagegen enthält das äussere Fünftel des pes pedunculi sicher ein System, das in der Brücke ein Ende findet: Türck'sches Bündel, gebildet aus Fasern, die aus der mittleren und unteren Stirnwindung stammen; in den drei mittleren Fünfteln sind die Fasern der Py-Bahn zu suchen.

Der wertvollste Teil des Kapitels ist ohne Frage die mehr als 100 Seiten umfassende systematisch durchgeführte Schilderung einer grossen Reihe von Gehirnen mit circumscripten oder ausgedehnteren Läsionen, die er und Frau Dejerine-Klumpke selber an Serienschnitten untersucht haben. Der Text ist begleitet von einer grossen Menge Zeichnungen von einer gleichmässigen Schönheit, wie unsere Litteratur, wenigstens vom Grosshirn, wenige aufweisen dürfte.

Nach einem Kapitel über den Stand der Lokalisationslehre schliesst sich daran eine mustergültige, fliessende, abgerundete Schilderung der Faserung des Rhinencephalons.

Weitere 100 Seiten sind den subcorticalen Ganglien und ihren Faserverbindungen gewidmet. Das Dunkel zu lichten, das über Schwanz- und Linsenkern schwebt, ist auch D. noch nicht gelungen. Bezüglich des Thalamus hat er sich die Einteilung von Monakow nicht zu eigen gemacht.

Es folgt dann eine Uebersicht über die Riech- und Sehbahnen.

Die zweite, etwas kleinere Hälfte des Bandes bringt die Anatomie des Rhombencephalon, und zwar mit derselben ausführlichen Breite (erst äussere Form, dann feinerer Aufbau, schliesslich Schilderung von Schnittserien), mit welcher im ersten Bande das Grosshirn behandelt worden ist. Gerade diese Breite, welche Wiederholungen nicht scheut, wo das Lehrinteresse es fordert, macht zum guten Teil den Wert des ganzen Werkes aus. Anatomische Gebilde von einer Kompliziertheit wie das Gehirn müssen in einem Lehrbuche, wenn sie wirklich das Verständnis wecken sollen, immer wieder von einer neuen Seite angefasst und geschildert werden, auch auf die Gefahr hin, dass manches zwei- und dreimal gesagt wird.

Die Zahl der Abbildungen ist eine grosse und sie sind durchweg gut. Die direkte photographische Reproduktion ist nur für die Wiedergabe äusserer Formverhältnisse gewählt. Die Schnitte (Faserpräparate) sind wie im ersten Bande von Gillet gezeichnet. Schröder.

XII) **Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie,** unter Mitwirkung von G. Aschaffenburg, E. Schultze und R. Wollenberg herausgegeben von A. Hoche. Berlin, Aug. Hirschwald, 1901. 732 S. Preis broschiert 20 M.

Nachdem mit Einführung des bürgerlichen Gesetzbuches im deutschen Reich ein einheitliches Recht Geltung gewonnen hat, war die Zeit gekommen, dass der Versuch gemacht werde, die vielfachen Beziehungen zwischen Psychiatrie und Jurisprudenz in ihrer jetzigen Form gründlich und eingehend zur Darstellung zu bringen. Wohl besass die deutsche Litteratur in der 2. Auflage des Cramer'schen Leitfadens bereits einen zuverlässigen Grundriss, an den sich der Praktiker in seinen Nöten wenden konnte; allein ein kurzer Leitfaden kann den mannigfachen Bedürfnissen der gerichtlich-psychiatrischen

Praxis nicht völlig gerecht werden und er hat auch nicht die Aufgabe, ein wissenschaftliches Standard-work zu bilden, in welchem der derzeitige Stand einer Disziplin seinen klaren Ausdruck finde. Diese Aufgabe kommt dem Handbuch zu. Man kann einwenden, dass die Zeit seit dem Inkrafttreten des B. G.-B. noch zu kurz sei, als dass die zivilrechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie bereits an der Hand praktischer Erfahrungen hinreichend erläutert werden könnten. Allein dieser Einwand ist nicht stichhaltig; denn einem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie kommt nicht nur die Aufgabe zu, auf einer reichlichen Kasuistik seine Lehrsätze aufzubauen und die Ergebnisse einer langjährigen Gerichtspraxis den ärztlichen Kreisen bekannt zu geben, sondern es kann auch das Recht für sich beanspruchen, bei der Entwickelung dieser Gerichtspraxis mitzuarbeiten, überall da, wo neue Fragen auftauchen, an deren Lösung mit thätig zu sein. Und wo das geltende Recht Bestimmungen aufweist, mit denen sich die moderne Naturwissenschaft und Psychologie nicht abfinden kann, da erwächst dem Handbuch die wichtige Aufgabe, durch Klarlegung dieser Verhältnisse eine stetige, wenn auch langsame Umwandlung der Anschauungen zu erstreben, damit dann ein künftiges Gesetz immer mehr die Gestalt annehme, welche die ärztliche Welt als die richtige erachtet.

Weil aber ein Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie nicht bloss de lege lata, sondern auch de lege ferenda zu sprechen hat, liegt seinem Verfasser die schwierige Aufgabe ob, ein medizinisches Spezialgebiet in einer Weise darzustellen, dass auch der Jurist es verstehe und gerne um Rat frage. Wenn irgendwo, so gilt hier die Form der Darstellung sehr viel, während eine noch so grosse Gründlichkeit an Wert einbüsst, sobald sie sich mit schwerverständlicher Schilderung paart. Die gerichtliche Psychiatrie ist ja keine eigentliche Wissenschaft, sie hat es nicht mit der Erforschung neuer, noch unbekannter Gebiete zu thun. Vielmehr ist sie ein Stück ärztlicher Praxis, bei der es darauf ankommt, die Ergebnisse einer Wissenschaft für Fragen des öffentlichen Rechtes zu verwerten. Darnach bemisst sich auch die Beurteilung eines Handbuches der forensischen Psychiatrie; der Irrenarzt wird billigerweise darin keine Bereicherung seines psychiatrischen Wissens finden wollen, wohl aber verlangen dürfen, dass Arzt wie Jurist über alle Fragen der gerichtlichen Psychiatrie von ihm eine gediegene und verständliche Auskunft erhalten können.

Vier Kliniker, die sich alle schon früher wiederholt mit Fragen der forensischen Psychiatrie beschäftigt hatten, haben das vorliegende umfangreiche Werk ausgearbeitet. Es zerfällt in zwei Hauptteile; der erste handelt von den rechtlichen, der zweite von den klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie. Beschäftigen wir uns zunächst mit dem ersten Hauptteil! Er zerfällt wiederum in zwei Abschnitte. Aschaffenburg schildert uns die Beziehungen von Strafrecht und Strafprocess zur Psychiatrie. In knapper, manchmal fast zu knapper Fassung erörtert er in der Einleitung das schwierige Problem: wie soll sich der Naturwissenschaftler mit dem naturwissenschaftlich unbrauchbaren Begriffe der freien Willensbestimmung abfinden, der nun einmal im Gesetze eine wichtige Rolle spielt? Er kommt zur Definition der freien Willensbestimmung als einer „normalen Bestimmbarkeit durch normale Motive“. Dann wird die Zurechnungsfähigkeit des Geisteskranken besprochen, wobei der § 51 in seiner jetzigen Fassung einer eingehenden Kritik unterworfen wird. Die historische Darstellung seiner Entstehung erleichtert das Verständnis für

das, was der Gesetzgeber mit der jetzigen Fassung des § gewollt hat. Von Interesse ist auch Aschaffenburgs Vorschlag einer künftigen Form des § 51, dessen umständliche Fassung freilich in Juristenkreisen zunächst noch eine gewisse skeptische Beurteilung erfahren wird.

Mit grosser Gründlichkeit wird das Kapitel über Strafunmündigkeit behandelt; auch hier übt Aschaffenburg am Bestehenden scharfe Kritik und versucht stets die Wege anzudeuten, auf denen eine moderne Entwickelung sich vollziehen kann.

Dann folgt ein kleineres Kapitel über die Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen, dessen Studium namentlich dem Juristen zu empfehlen ist, der von der hier erörterten Frage wenig Kenntnis haben dürfte. Hieran schliesst sich eine überaus wertvolle tabellarische Zusammenstellung der Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit in den Strafgesetzbüchern Europas. Wer sich mit dem Problem der Zurechnungsfähigkeit eingehender befasst, der wird diese Zusammenstellung mit Freuden begrüssen und er wird viel daraus lernen können.

Das fünfte Kapitel schildert dann die geschlechtlichen Vergehen, begangen an und von Geisteskranken; in ihm hat dem Ref. namentlich die Definition der Begriffe „willenlos“ und „bewusstlos“ gefallen. Aschaffenburg sagt bei Besprechung des § 176, 2 Folgendes (S. 99): „Eine Frauensperson, die infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes, ohne als geisteskrank bezeichnet werden zu können, nicht im stande ist, ihren Willen, sich der geschlechtlichen Annäherung zu erwehren, zur Geltung zu bringen, ist willenlos; war die Behinderung der Abwehr im Zustande des Bewusstseins begründet, bewusstlos im Sinne des § 176, 2.“

Die folgenden Kapitel behandeln die §§ 224, 225, 228 (Verfall in Siechtum und Geisteskrankheit), 230 und 222 (§§, welche die Verantwortlichkeit des Irrenarztes normieren), § 223 (soweit dabei die Frage des Rechtes chirurgischer Eingriffe an Geisteskranken zu erörtern ist) und endlich § 300, der vom Berufsgeheimnis handelt. Bezüglich dieses letzteren sei auf den Vortrag verwiesen, den Aschaffenburg im Oktober 1901 in Jena über Berufsgeheimnis und Psychiatrie gehalten hat und der im Centralblatt 1901, S. 722 ausführlich referiert worden ist. In einem grösseren Abschnitt, der die für die Psychiatrie wichtigen Bestimmungen der Strafprozessordnung zur Darstellung bringt, schildert Aschaffenburg den Geisteskranken als Zeugen, ferner die Sachverständigenthätigkeit des Arztes, wobei die Vorschriften über die Gebührenordnung einer scharfen, aber berechtigten Verurteilung verfallen, und endlich das Rechtsverhältnis des Geisteskranken als Angeschuldigten, Angeklagten und Verurteilten, lauter Punkte, über welche die Aerzte im allgemeinen wohl keine klaren Vorstellungen haben, für deren lichtvolle Darstellung in dem Handbuche der Verf. zweifellos unseren Dank verdient.

Während Aschaffenburg sich bei seinen Darlegungen möglichster Kürze befleissigt, so dass kein Wort entbehrlich erscheint, holt Schultze bei der Schilderung der Beziehungen des bürgerlichen Gesetzbuches zur Psychiatrie etwas weiter aus. Dies erklärt sich wohl, wenigstens zum Teil, aus der Schwierigkeit, eine neue Rechtsmaterie einem rechtsunkundigen Leserkreis klar vor Augen zu führen. Schultze hoffte offenbar dieser Schwierigkeit am besten dadurch Herr zu werden, dass er uns zunächst in gründlicher Weise mit der Sprache des Juristen vertraut macht (juristische Vorbemerkungen

S. 157—179) und uns dann eine ausführliche Entstehungsgeschichte der geltenden Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit etc. giebt. Allein so sehr wir Schultzes sichere Beherrschung des ganzen Gebietes bewundern, so möchte Ref. doch glauben, dass der Verf. hier in der Schilderung des rein juristischen Details etwas zu viel des Guten gethan hat, zumal seine Darstellung oft nicht leicht verständlich ist; dadurch aber entsteht die Gefahr, dass die ärztliche Welt mit einem gewissen respektvollen Grauen dem Studium dieser zivilrechtlichen Fragen aus dem Wege gehe. Dies wäre umsomehr zu bedauern, als der Arzt gerade auf diesem Gebiete des sachverständigen Beraters besonders bedarf und als er dann keinen zuverlässigeren Ratgeber finden könnte, als Schultze.

Zunächst erörtert der Verfasser den Einfluss vorübergehender Psychosen auf die Geschäftsfähigkeit. Hier finden sich manche psychiatrische Ausführungen, die schon Aschaffenburg in ähnlicher Weise gebracht hatte (Begriffe der Bewusstlosigkeit, der Geistesstörung u. ähnl.). Das dritte Kapitel schildert den Einfluss dauernder Psychosen nach § 104, Z. 2 des B. G. B. Daraus sind namentlich die Bemerkungen über die Sachverständigenthätigkeit hervorzuheben.

Die Kapitel IV—VI handeln von der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, dem Entmündigungsverfahren und der Wiederaufhebung der Entmündigung. Dieser wichtige Teil ist mit einer Sorgfalt ausgearbeitet, dass Jeder, der sich einmal in den Stoff eingearbeitet hat, sich der Darstellung freuen wird. Vor allem ist sie denen zu empfehlen, welche der Lehrberuf zu einer genaueren Kenntnis der forensischen Psychiatrie verpflichtet. Die Entmündigung wegen Trunksucht, die vorläufige Vormundschaft und die Pflegschaft bilden den Inhalt der drei nächsten Kapitel.

Dann wendet sich der Verfasser der Geschäftsfähigkeit im speziellen zu, behandelt in drei Abschnitten die Ehefähigkeit, die Testierfähigkeit und die Deliktsfähigkeit. Hier interessieren natürlich vor allem die Ausführungen über die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Dabei hat sich nun Schultze vorsichtigerweise hauptsächlich berichterstattend verhalten und die Klarlegung der strittigen Fragen der Zukunft, vor allem auch den künftigen Entscheidungen des Reichsgerichts überlassen.

Wenn Aschaffenburg in seiner temperamentvollen Art zu der von ihm behandelten Rechtsmaterie immer persönlich Stellung nimmt und mit Anerkennung und Tadel im einzelnen nicht zurückhält, und wenn Schultze mit deutscher Gründlichheit und fast pedantischer Sorgfalt alles beibringt, was irgend von einer gewissen Bedeutung ist, sich im übrigen aber mehr referierend als kritisierend bethätigt, so verbindet Hoche eine durchaus persönliche und geradezu glänzende Art der Darstellung mit einer weisen Beschränkung des Stoffes auf die Gebiete der Psychiatrie, welche zum gesicherten Bestand unserer Wissenschaft gehören und nicht „von der Parteien Gunst und Hass verwirrt“ werden. Es ist bekanntlich heute keine leichte, noch dankbare Aufgabe, eine allgemeine Psychopathologie zu schreiben und es ist dies um so schwieriger, wenn es, wie bei einer gerichtlichen Psychopathologie, unter der Verantwortung geschieht, dass alles, was gesagt wird, einen direkt praktischen Zweck hat und auch von denen gutgeheissen werden soll, die im strengen Reich der Wissenschaft vielfach auf ganz anderem Boden stehen. Hoche scheint das

Meisterstück gelungen zu sein, eine allgemeine gerichtliche Psychopathologie zu geben, gegen die wohl von keiner Seite wesentliche Bedenken erhoben werden können (etwa mit Ausnahme des Kapitels über die Störungen des Geschlechtstriebes, das in Wien und anderwärts längstbekannte Gegner finden wird). Wo er Bekanntes giebt, erfreut er den Leser durch die Art, wie er es giebt; wo er aber Eigenes hinzufügt, wie z. B. in dem ausgezeichneten Kapitel „Der normale Mensch vor Gericht" und in der Einleitung zur allgemeinen gerichtlichen Psychopathologie, vertieft er unser Wissen von den Beziehungen zwischen Psychiatrie und Rechtssprechung. Die Ausführungen über Begriff und Wesen der psychischen Zwangsvorgänge und über das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen seien noch besonders hervorgehoben. Auch sei nebenbei erwähnt, dass Hoche zu den nicht sehr zahlreichen Psychiatern gehört, die ein wirklich gutes Deutsch schreiben. Dies trägt mit dazu bei, dass die von ihm verfassten Kapitel besonders leicht verständlich sind. Sie seien auch den Juristen bestens empfohlen.

Hoche hat nicht nur die Grundzüge einer allgemeinen gerichtlichen Psychopathologie, sondern auch einen grösseren Abschnitt des speziellen Teiles verfasst. (Einfache funktionelle und organisch bedingte Seelenstörungen.) Bei der grossen Verschiedenheit, die heute noch in Namengebung und Auffassung dieser Formen herrscht, ist es unvermeidlich, dass manches, was hier geschildert wird, an anderen Orten etwas anders gewertet wird; doch auch hier versteht Hoche durch kritische Sichtung und vorsichtige Ausdrucksweise die gefährlichsten Klippen zu vermeiden.

Der zweite Teil der speziellen gerichtlichen Psychopathologie ist von Wollenberg verfasst. (Seelenstörungen bei chronischen Vergiftungen, bei Neurosen, geistige Schwächezustände). Bei der grossen Bedeutung, welche Alkoholismus, Epilepsie, Hysterie, angeborener Schwachsinn und Dementia praecox für das Strafrecht haben, wünschte man manches etwas ausführlicher behandelt. In einzelnen Punkten weicht auch Wollenbergs Darstellung strittiger Fragen etwas von derjenigen ab, die im gleichen Buche von anderer Seite gegeben wird. Dass in dem Buche solche gelegentliche Widersprüche vorkommen, das wird übrigens schon von Hoche im Vorwort erwähnt. Dadurch, dass Wollenberg manche Ausführungen durch Beispiele erläutert, gewinnt die Darstellung an Anschaulichkeit. Im Kapitel „Entwicklungshemmungen" werden transitorische Psychosen bei Schwachsinnigen als häufige episodische Störungen geschildert, die dann eine weitere intellektuelle Schädigung des Erkrankten zur Folge haben können. Trotzdem werden diese Formen nicht zu den Verblödungsprozessen gerechnet, eben weil sie auf imbeciller Grundlage erwachsen. Auch sonst finden sich im Wollenberg'schen Teil manche Einzelheiten, die von anderen Psychiatern anders beurteilt werden dürften. Doch handelt es sich dabei mehr um wissenschaftliche Streitfragen, als um praktisch bedeutungsvolle Dinge.

Das vorliegende Handbuch hat nach Hoches Ausspruch einer doppelten Anforderung gerecht zu werden: es soll „einerseits zeigen, wie unter der Voraussetzung des geltenden Rechtes abnorme Geisteszustände zu beurteilen sind, andererseits erörtern, in welchen Richtungen diese Voraussetzungen des geltenden Rechtes, soweit sie die Psychiatrie berühren, als unrichtig anzusehen, und auf welchen Wegen etwa Aenderungen zu erstreben sind." Wer das Buch daraufhin prüft, wird den Verfassern zugeben müssen, dass es diesen Anforderungen in der That entspricht. Es erfüllt also seinen Zweck.

Der grosse Umfang des Buches hat den Herausgeber abgehalten, die schon geschriebenen Abschnitte über soziale Gesetzgebung und Irrenrecht mit zum Abdruck zu bringen. Diese Resignation ist zu bedauern. Dem Praktiker wäre diese Ergänzung gewiss sehr willkommen gewesen.

Wer sich der grossen Verantwortung bewusst ist, die er mit jeder psychiatrischen Begutachtung eines Menschen übernimmt, dem wird ein ausführliches Handbuch als ein unentbehrliches Hilfsmittel erscheinen. So wird dem Hocheschen Werke trotz seines Umfanges und seines Preises eine weite Verbreitung nicht fehlen. Gaupp.

XIII) **Knud Pontoppidan:** Retspsykiatriske Erkloeringer. En Exempelsamling til Brug for Laeger og Jurister. Köbenhavn, 1901. Hans Frandsen. 322 S. 6,50 kr.

Diese Sammlung umfasst nicht weniger als 235 gerichtlich-psychiatrische Gutachten, die von dem Verfasser im Laufe der letzten 13 Jahre in Strafsachen abgegeben worden sind. Der Inhalt ist nach den Formen der psychischen Störungen eingeteilt; dabei sind Beispiele der meisten Krankheitsformen angeführt.

Aus der Sammlung geht hervor, dass zwischen der juristischen und der ärztlichen Auffassung in vielen Fragen keine Uebereinstimmung besteht. Wenn z. B. ein 17jähriger Imbeciller, der vom Arzt als für eine Idiotenanstalt geeignet bezeichnet wird, vom Richter trotzdem zu 20 Tagen Gefängnis und zu einer Prügelstrafe (25 Schläge) verurteilt wird, so erscheint eine solche Rechtsprechung doch sehr bedenklich. Poul Heiberg (Kopenhagen).

XIV) **C. H. Würtzen:** Studier over den personlige Tilregnelighed i psykologisk og strafferetlig Henseende. Köbenhavn, 1901. Siegfried Michaelsen. 215 S.

Nach einer Einleitung über völlige und partielle Zurechnungsfähigkeit erörtert der Verfasser die verschiedenen Ursachen der Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit. Weiterhin behandelt er das Verhältnis der Rechtswissenschaft zur ärztlichen Auffassung der Zurechnungsfähigkeit. Dabei kommt Würtzen zu folgendem Resultat: „Die Frage ist die: sind die Gerichte verpflichtet, dem ärztlichen Gutachten Folge zu geben. Dabei muss einerseits berücksichtigt werden, dass die medizinische Wissenschaft in juridischer Beziehung für ihre Gutachten keine Verantwortung trägt; wenn also die Richtigkeit eines Urteils angefochten wird, so wird der ärztliche Gutachter, obwohl er an dem Falle mitbeteiligt ist, doch immer schuldlos bleiben. Unter diesem Gesichtspunkt haben die Gerichte Recht, wenn sie im Bewusstsein ihrer Verantwortlichkeit einem ärztlichen Gutachter nicht zustimmen. Andererseits aber scheinen die Gerichte unlogisch zu handeln, wenn sie dem ärztlichen Gutachten nicht beitreten. Dasselbe wird einverlangt, um eine Direktive für das Urteil zu geben; man wendet sich dabei an die richtige Stelle; es muss daher angenommen werden, dass das Gutachten von der kompetentesten Seite komme. Wenn dann doch ein entgegengesetztes Urteil gefällt wird, so wird dadurch der Anschein erweckt, als ob das Gericht in einer Sache geurteilt hätte, von der es zuvor anerkannt hatte, dass die eigene Fachwissenschaft nicht hinreiche."

Poul Heiberg (Kopenhagen).

XV) **Bonhoeffer,** Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Eine klinische Studie. Fischer. Jena, 1901. 226 S.

Das Buch zerfällt in vier Abschnitte. Der erste behandelt das Delirium tremens, der zweite die Korsakow'sche Psychose, nebst der Polioencephalitis haemorrhagica superior, der dritte die akute „Hallucinose" (hallucinatorischer Wahn) der Trinker, der vierte deren kurzdauernde Bewusstseinsstörungen, insbesondere den pathologischen Rausch.

Eine gleich vorzügliche Behandlung des Gegenstandes dürften wir in der bisherigen Litteratur nicht besitzen.

An Stelle der summarischen Schilderungen, wie sie gewöhnlich bisher gegeben wurden, tritt hier die feine Analyse, die alle Untersuchungsmethoden anwendet, aus zielbewusster Fragestellung heraus, Wernicke'schen Gesichtspunkten folgend, Thatsachen bucht und überall den Versuch heranzieht. Besonders zu rühmen ist der Abschnitt über Delirium tremens. Bezüglich dieser, auch die glücklichsten Bedingungen für eine wissenschaftliche Behandlung bietenden Psychose hat B. seine älteren Untersuchungen (Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten) vielfach glücklich ergänzt und die Betrachtung unter weitere Gesichtspunkte gebracht.

Hatte Referent schon in seiner Erstlingsarbeit (Ueber die Delirien der Alkoholisten etc. 1894) durch einige Versuche ermittelt, dass bei den Verkennungen der Deliranten herabgesetzte Sehschärfe keine nennenswerte Rolle spielt, so macht Verf. diese Feststellung in viel umfassenderer Weise und mit vorgeschrittener Methodik, er dehnt sie vor allem auf alle Sinnesgebiete aus. Er giebt eine allseitige Darstellung der Verfassung, in der sich die Sinne des Deliranten befinden.

Bezüglich der Auffassung der Druckvisionen ist dem Verf. im allgemeinen zuzustimmen. Besonders ist anzuerkennen, dass er den vom Referenten übersehenen Anteil würdigt, welcher der Richtung der Aufmerksamkeit auf das optische Gebiet an dem Zustandekommen der Visionen zukommt. Dass der periphere Reiz aber nur als Illusionsmaterial dient, möchte Ref. nicht zugeben. Vielmehr sprechen u. a. die Erfahrungen an einseitig hallucinierenden Kranken bei Erkrankung eines Auges oder Ohres dafür, dass ein starker peripherer Reiz — wenn auch natürlich nicht die zureichende oder auch nur Hauptursache einer Hallucination sein — so doch bei vorhandener Ueberregbarkeit der centralen Sinnesflächen den Agent provocateur zum Hallucinieren abgeben kann.

Um die Aufmerksamkeit des Deliranten und die Eigenart seines Vorstellungsverlaufes zu prüfen, hat B. lehrreiche Versuche angestellt. Es erweist sich eine primäre — nicht erst durch ablenkende Sinnestäuschungen bedingte — Schwäche der habituellen Aufmerksamkeit.

In manchen illusorischen Verkennungen weist B. ideenflüchtige Züge beim Deliranten auf. Die Vorstellung zeigt Neigung, in Nebenassociationen zu geraten und diese nehmen leicht sinnlichen Charakter an. So sah ein Delirant an Stelle eines Vogeleibildes ein Nest, an Stelle einer Siegellackstange ein Petschaft, bezeichnete eine Bleifeder als Schreiber, eine Trompete als Hornisten. Vermehrung der Klangassociationen wie im Rausch besteht nicht. Das Gedächtnis ist gut. Die Merkfähigkeit ist schlecht. Die Desorientierung kommt nicht allein von den Sinnestäuschungen. Die schlechte Aufmerksamkeit, die herabgesetzte Merkfähigkeit, das erwähnte „ideenflüchtige Abschweifen des

Vorstellungsverlaufes zu verwandten konkreten Begriffen" verhindern die kombinatorische Leistung, welche zur Auffassung der Situation erforderlich ist. Eine systematisierende Wahnbildung geht dem Deliranten ab. „Wahnurteile aus Erklärungsbedürfnis fehlen beim klassischen Delirium." Ebenso fehlt der Beachtungswahn.

Dass der Inhalt des Wahnes immer nur sinnfällige Erlebnisse der Gegenwart betrifft, und dass das Persönlichkeitsbewusstsein im Delirium tremens intakt bleibt, zwei Eigentümlichkeiten der Krankheit, auf die Ref. l. c. aufmerksam gemacht hat, kann B. durchaus bestätigen. „Es kommen zwar im Delirium Grössenideen vor, man kann aber dann meist fast mit Bestimmtheit sagen, dass es sich nicht um ein gewöhnliches Alkoholdelirium, sondern um eine Komplikation mit einer anderen Psychose handelt."

Die Bewegungen der Deliranten verlieren niemals den Charakter eigentlicher Zweckbewegungen. Der Bewegungsdrang auf sprachlichem Gebiete ist weniger ausgesprochen. Weiter hebt B. die nicht genügend bekannte Thatsache hervor, dass der Delirant ein Silbenstolpern zeigt, das sich nicht von dem der Paralytiker unterscheidet. Auch die Schriftproben zeigen eine Aehnlichkeit mit denen der Paralytiker.

Es folgt die sehr ergiebige Besprechung der körperlichen Symptome, (wobei Angaben über die von Arndt gefundene häufige Glycosurie fehlen) über Anatomie und Aetiologie. Bezüglich der beiden letzten Punkte hat ja B. schon früher wertvolle Untersuchungen gebracht, die hier zusammen mit denen anderer Forscher, z. B. Troemmners, diskutiert werden. Von Interesse ist, dass B. auf Grund seiner Erfahrungen im Gefängnis der alten Anschauung von der pathogenetischen Bedeutung der Entziehung nicht ganz und gar Unrecht geben kann. In 2—3 % seiner Fälle schuldigt er die plötzliche Entziehung für den Ausbruch der Krankheit an.

B. gelangt zu folgender Gesamtcharakterisierung des Delirium tremens, welche eine wesentliche Vertiefung unserer Auffassung vom Delirium bedeutet: Erstens besteht eine associative Schwäche: der Vorstellungsverlauf verliert sich in Nebenassociationen. Die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit sind herabgesetzt: Alles Defektsymptome, (welche im allgemeinen bei dem Delirium tremens nicht genügend gewürdigt werden). Zweitens finden sich Reizsymptome: Vor allem eine Uebererregbarkeit der kortikalen sensorischen Territorien. Diese zeigt sich sowohl darin, dass die Nebenassociationen sinnliche Gestalt annehmen, wie darin, dass periphere, inadaequate Reize bei blosser Einstellung der Aufmerksamkeit auf sie illusorisch verarbeitet werden. Das Persönlichkeitsbewusstsein ist erhalten. Auch das Bewusstsein der Körperlichkeit hat im allgemeinen nicht schwer gelitten, wesentlich ist nur die Verfälschung der Aussenwelt!

Auf interessante Parallelen B.'s mit epileptischen und eklamptischen Delirien kann hier leider nicht eingegangen werden. Dass übrigens ein Morphiumdelirium so ganz leicht von einem Alkoholdelirium unterschieden werden kann, natürlich wenn man von äusseren Anhaltspunkten, welche die Anamnese oder die Stichwunden etc. geben, absieht, möchte ich B. nicht zugestehen. Es lohnte sich wohl einmal, die differential-diagnostischen Kriterien zu besprechen.

Besonders markant hebt B. nachher bei Besprechung der Hallucinose der Trinker die auffälligen Verschiedenheiten derselben vom Delirium heraus. Hier überwiegen nicht die optisch-taktilen, sondern die akustischen Hallucinationen.

Hier kommt es schnell zur Systematisierung, zum Verfolgungssystem. Hier besteht Beziehungswahn, manchmal Grössenideen; die örtliche Orientierung ist nicht verloren u. s. w.

Ref. muss sich mit Wiedergabe dieser Proben begnügen. Auch die nicht berührten Abschnitte entsprechen ihrer Aufgabe, die betr. Krankheitsbilder scharf und tief zu charakterisieren, in ganz hervorragendem Masse. Ein Referat kann den Inhalt dieses Buches nicht erschöpfen wollen, es kann nur versuchen, die ihm gebührende Aufmerksamkeit bei den Fachgenossen zu erwecken.

Liepmann.

XVI) **Robertson:** A Text-Book of Pathology in relation to Mental Diseases. Edinburgh, J. Clay, 1900. 380 Seiten.

Robertsons Buch ist nach deutscher Art verfasst. Er stellte sich die Aufgabe, alles über den Stoff zu lesen, den er behandelt, und sein Wissen ist ganz erstaunlich. Das Verzeichnis der Autoren am Schluss des Buches füllt vier Seiten mit 478 Namen; die Schriften, die er citiert, hat er genau gelesen und durchgearbeitet. Bei der Abfassung seines Buches hat Robertson die verschiedenen Beobachtungen und Theorien stets mit einer fast ängstlichen Pünktlichkeit berücksichtigt. Natürlich liegt der Wert des Buches in erster Linie doch in der eigenen originellen Arbeit. Als pathologischer Anatom der schottischen Anstalten steht dem Verfasser ein reiches Untersuchungsmaterial zu Gebote und er erfreut sich dabei der Unterstützung und Mitarbeit tüchtiger klinischer Forscher. Das erste Kapitel schildert die Methoden der histologischen Untersuchung, der Fertigstellung des histologischen Materials. Die folgenden Kapitel befassen sich mit dem Hämatom, der Untersuchung des Schädels und der Feststellung seines Umfanges und Inhalts, ferner mit der Beschreibung der krankhaften Veränderungen an den Hirnhäuten und den Gefässen. Da das Buch in der Hauptsache für solche Lehrer geschrieben ist, welche sich mit der Pathologie des Nervensystems eingehend befassen, so erörtert es viele dunkle Fragen. Robertson kam zu dem Ergebnis, dass das, was bisher als Neuroglia beschrieben wurde, kein einheitliches, nur vom Epiblast oder vom Epiblast und Mesoblast abstammendes Gewebe sei, sondern aus zwei anatomisch und physiologisch differenten Geweben bestehe, von denen das eine vom Epiblast stamme, das andere vom Mesoblast. Nun ist nach seiner Ansicht nur das vom Epiblast stammende Gewebe die wirkliche Neuroglia. Er bekämpft die Anschauung Weigerts, dass die kernhaltigen Zellkörper der Neuroglia und die schmalen Fasern enge zusammengehören, und behauptet, dass bei der Hypertrophie der Gliazellen alle radiär von ihnen ausgehenden Fasern auch hypertrophisch seien. Namentlich in dem langen Kapitel über die Erkrankung der Nervenzellen zeigt sich des Verfassers Gründlichkeit und Vollständigkeit der Untersuchung. Die Histologen haben ihre Aufmerksamkeit vielleicht zu ausschliesslich auf die Nervenzellen des Cortex gerichtet, während man bezüglich der Nervenfasern der Rinde sich mit dem begnügte, was Tuczek bereits vor Jahren festgestellt hatte. Es will mir scheinen, als ob die Mikroskopiker bei ihrer Arbeit dieser oder jener minutiösen Struktur des Hirngewebes schon mit zu viel vorgefasster Meinung eine bestimmte Funktion zuschreiben. Dabei haben wir vielleicht noch nicht mit unserem feinsten Mikroskop die letzten anatomischen Elemente entdeckt, welche die Träger der Funktion sind. Können wir die Funktion der Nervenzellen aus der Art ihrer Veränderung erschliessen? Oder

wollen wir aus der Kenntnis der Veränderungen die Funktionen der Zelle ableiten? Das Rätsel ist noch nicht gelöst. Robertson erwähnt, dass manche hervorragende Psychiater der Annahme zuneigen, es sei ein hoffnungsloses Beginnen, wenn man die geistigen Störungen zu bestimmten Nervenzellenveränderungen in Parallele bringen wolle. Er selbst ist sehr hoffnungsvoll und wir lassen ihm seinen Eifer, zumal sich sein Enthusiasmus mit Geschicklichkeit und grossem Fleiss paart.

In den anderen Kapiteln behandelt Robertson die krankhaften Veränderungen der physikalischen Eigenschaften des Gehirns, ferner das intracranielle Lymphsystem und die Blutzirkulation im Gehirn. In dem interessanten Kapitel, in dem er die alte Streitfrage erörtert, ob in der Schädelkapsel stets eine gleiche Flüssigkeitsmenge enthalten sei, erklärt er die Theorie von der Unzusammendrückbarkeit des Gehirns für einen Trugschluss. Weiterhin schildert er dann die angeborenen Gehirnanomalien und zum Schluss die pathologische Anatomie mancher Formen von Geistesstörung mit Einschlus der akuten Psychosen, der Dementia paralytica, der syphilitischen und der senilen Geistesstörungen, des chronischen Alkoholismus und der Idiotie. Die Fertigstellung und Ausführung der Abbildung, die gewiss sehr mühsam gewesen ist, hat auch den Wert des Buches sehr erhöht. Es finden sich 16 Seiten mit schön kolorierten Lithographien und 13 Seiten mit Zinkographien, die Robertsons Schilderung der makroskopischen und mikroskopischen Anatomie illustrieren.

Im Ganzen ist das vorliegende Werk, soweit mir bekannt, das umfangreichste seiner Art. William Ireland (Musselburgh).

XVII) Liebmann: Die Sprache schwerhöriger Kinder. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Mund-, Nasen- etc. Krankheiten. V. Bd. No. 1.

Mittels des Gehörs empfängt man die Sprache der Umgebung und kontroliert seine eigene Lautbildung. Daraus folgt also für Schwerhörige mangelhaftes Sprachverständnis und undeutliche Aussprache. Je jünger die Schwerhörigen sind, je weniger intelligent sie sind, und je weniger sprachlustig ihre Umgebung ist, desto schlechter sind die Aussichten für die Vervollkommnung ihrer Sprache. Solche Kinder besitzen dann einen auffällig geringen Wortschatz, verwenden für verwandte Begriffe dieselben Substantive, verwechseln Substantive mit Verbis und Adjectivis (Schneiden statt Scheere, heiss für Suppe, hoch für Himmel) oder benennen ganz verschiedene, aber ähnlich klingende Dinge mit demselben Worte (Buch — Tuch, Haus — Haut). Am liebsten helfen sie sich mit der Zeichensprache, indem sie auf die betreffenden Gegenstände hinweisen, zur Zahlenbezeichnung die Finger verwenden etc. Prüft man nun derartige Schwerhörige nach einem von L. angegebenen Schema (Vorlesungen über Sprachstörungen III. H., Hörstummheit) auf die Entwickelung ihrer geistigen Fähigkeiten, so lassen sich deutliche Defekte in den centralen Sphären (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Riechen, Drucksinn, Temperatursinn, Geschicklichkeit der Hände und Sprachorgane) feststellen. Daraus resultiert wiederum der sogen. Agrammatismus, d. h. die Kranken sprechen nicht in zusammenhängenden geordneten Sätzen, sondern sie bedienen sich zum Ausdrucke eines ganzen Gedankens nur eines Wortes, das sie entweder mit erläuternden Gesten zu begleiten pflegen oder dessen besonderer Sinn durch die betreffende Situation näher illustriert wird. Häufig

ist auch eine rudimentäre Satzbildung vorhanden, indem mehrere Worte entweder flexionslos oder mit schwach angedeuteter Flexion zu einem satzähnlichen Gefüge zusammengestellt werden. Diese mangelhafte Satzbildung ist darauf zurückzuführen, dass die unendlich vielen Belehrungen und Anregungen, die den Normalhörenden bewusst und unbewusst von der Aussenwelt zu teil werden, den Schwerhörigen verloren gehen. Dadurch bleiben die Letzteren auf einer niedrigen Stufe der Intelligenz, haben nur ungenaue oder falsche Vorstellungen und drücken sich, entsprechend ihrem geistigen Habitus, in der erwähnten Form des „Agrammatismus" aus.

Eine weitere Folge der hochgradigen Schwerhörigkeit sind die lautlichen Mängel der Sprache, nämlich Monotonie, falsche Betonung, verwaschene Artikulation, Fehlen vieler oder aller Konsonanten, die Verwechslung von Vokalen und Diphthongen untereinander, Neigung zur Assimilation von aufeinanderfolgenden Konsonanten (babe statt bade, diede statt diebe). Bei der Prüfung der spontanen Sprache pflegt das Resultat noch ungünstiger zu sein, als beim Nachsprechen von Worten. — Die Behandlung dieser Gebresten wird also sowohl die Mängel der Aussprache zu beseitigen haben, als auch die fehlenden Worte und Begriffe herbeischaffen und die richtige, grammatisch-syntaktische Sprache lehren müssen. Die hierbei anzuwendenden Methoden, Hilfsmittel und Kunstgriffe sind in den Vorlesungen L.'s genau angeführt, während die vorliegende Arbeit sich damit begnügt, einen kleinen Begriff von denselben zu geben. Der Autor versichert zum Schluss der überaus klaren Darstellung seines Aufsatzes, dass bei systematischem Vorgehen nach seiner Vorschrift schon nach drei Monaten gute Resultate gezeitigt werden können.

Peltesohn.

XVIII) **Ewald Stier:** Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg 1902. Gebrüder Lüdeking. 43 S. 1 M.

Der Aufsatz Stiers, der zur Zeit als Militärarzt an die psychiatrische Klinik in Jena kommandiert ist, ist nach seinem Inhalt in erster Linie für Militärärzte bestimmt, wie er denn auch ursprünglich in der deutschen militärärztlichen Zeitschrift erscheinen sollte und nur aus äusseren Gründen die Form einer selbständigen Broschüre erhalten hat. Er ist jedoch auch für den Psychiater zweifellos von Interesse. Stier erörtert die Häufigkeit von Geisteskrankheiten in der Armee, bespricht alsdann ihre Ursachen und sucht auf Grund eingehender Studien die Wege anzugeben, die eingeschlagen werden müssen, um die Zahl der Erkrankungen möglichst herabzudrücken und den Erkrankten möglichst bald eine richtige Fürsorge zukommen zu lassen.

Mit Recht vertritt der Verf. die Ansicht, dass die wichtigste Ursache der geistigen Erkrankung des Soldaten die angeborene Disposition, die erbliche Belastung sei, während die körperlichen und geistigen Anstrengungen des Dienstes in der Regel nur als auslösende Ursachen betrachtet werden können. Mit Recht betont Stier ferner die grosse ursächliche Bedeutung von Alkohol und Lues bei den psychischen Erkrankungen des Berufssoldaten, also namentlich des Offiziers und Unteroffiziers.

Die Erkenntnis, dass vorzugsweise schwachsinnige und hochgradig beschränkte Rekruten es sind, welche geistig erkranken oder sich fortgesetzt militärischer Vergehen und Verbrechen schuldig machen, veranlasst den Verf. zu dem Rate, die Militärverwaltung solle möglichst alle, welche geistig wesentlich

unter dem Durchschnittsniveau stehen, sobald als möglich aus dem Dienste entlassen.

Stier fasst seine Vorschläge in drei Kategorien zusammen:

1. Zur Vermeidung der Einstellung psychisch gefährdeter Leute empfiehlt er, es möge in der Stammrolle vermerkt werden: Der Besuch einer Schule für schwachbefähigte Kinder, der überstandene Aufenthalt in einer Irrenanstalt. Ferner betont er, dass eine Häufung von Degenerationszeichen bei gleichzeitiger erblicher Belastung zu Ungunsten einer sonst fraglichen Tauglichkeit sprechen und dass diese Faktoren, namentlich bei Offiziersaspiranten, berücksichtigt werden müssen.

2. Zur Vermeidung des Ausbruchs einer Psychose bei aktiven Soldaten empfiehlt der Verf. die möglichst zahlreiche Wiederentlassung aller als sehr beschränkt erkannten Mannschaften, sowie den Kampf gegen Alkoholismus und gegen die Folgen der Lues.

3. Im Interesse der Erkrankten wünscht er: Jedes Lazaret soll Einrichtungen zur vorläufigen Unterbringung auch der erregtesten Geisteskranken besitzen. Alle zweifellos geistig Kranken sollen möglichst rasch einer Irrenanstalt überwiesen werden. Das grösste Lazaret jedes Armeekorps soll eine Nervenabteilung erhalten, die der Leitung eines psychiatrisch geschulten Militärarztes untersteht und in der zweifelhafte und gerichtliche Fälle zur Untersuchung und Begutachtung kommen. Zur Behandlung psychisch erkrankter Unteroffiziere und Offiziere sollen eine oder zwei Militärirrenanstalten erbaut werden. Die Ausbildung der Militärärzte soll eine Förderung dadurch erfahren, dass ein Kursus über Psychiatrie in die Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere eingefügt wird.

Diesen Ausführungen Stiers wird der Irrenarzt wenigstens teilweise gerne zustimmen; mögen Stiers Wünsche bald in Erfüllung gehen!

Ein umfangreiches Litteraturverzeichnis über Militärpsychosen bildet den Abschluss der gediegenen Arbeit. Gaupp.

XIX) **von Krafft-Ebing:** Nervosität und Neurasthenische Zustände. II. verbesserte Aufl. Wien 1900. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Professor Dr. Herm. Nothnagel. XII. Band. II. Teil.

Wir haben bereits bei Besprechung der ersten Auflage dieser Arbeit (dieses Centralblatt Jahrgang 1896 S. 64) Gelegenheit genommen, auf die Vorzüge der von Krafft-Ebing'schen Darstellung hinzuweisen. Das dort Bemerkte gilt natürlich für die nunmehr vorliegende zweite verbesserte Auflage in gleichem Maasse, und es ist auch zu erwarten, dass diese ebenso die verdiente günstige Aufnahme in ärztlichen Kreisen finden wird, wie ihre Vorgängerin. L. Loewenfeld.

XX) **Fr. Scholz** (Bremen): Die verschiedenen Methoden in der Behandlung Geisteskranker. Eine kritisch-historische Skizze. Seitz und Schauer, München 1901. (Sep.-Abzug aus: Deutsche Praxis 1901.)

Scholz schildert in flotter Schreibart, wie man zu verschiedenen Zeiten die Geisteskranken behandelt hat und noch behandelt. Er unterscheidet vier Perioden:

1. die Periode der psychischen Behandlung (Teufelsaustreibung, Exorcismus, Ausreden der krankhaften Aeusserungen etc.);

2. die Periode des mechanischen Zwanges;
3. die Periode des chemischen Zwanges;
4. die Periode der physikalisch-diätetischen Behandlung (Bettruhe, Hydrotherapie etc.).

Dass Scholz ein Vorkämpfer und Verfechter dieser jüngsten Behandlungsmethode ist, ist bekannt. Dagegen fällt auf, dass er immer noch die Deckelbäder empfiehlt und dass er im Hyoszin ein sehr gefährliches Herzgift sieht. Erstere sind überflüssig, letzteres ist bei richtiger Anwendung nicht gefährlich. Ferner ist zu erwähnen, dass man aus Scholz' Aeusserungen entnehmen muss, er halte die Zwangsfütterung für ganz überflüssig; er sagt, er habe sie „entbehren lernen". Nahrungsverweigerung sei ein vorübergehendes Symptom. Das ist in dieser allgemeinen Fassung doch nicht aufrecht zu erhalten. Gaupp.

XXI) **Josef Kreibig:** Die fünf Sinne des Menschen („Aus Natur und Geisteswelt", 27. Bändchen). Leipzig, B. Teubner 1901. 130 S.

Eine gemeinverständliche und ansprechende Darstellung der Sinnesphysiologie, welche aus einem Cyklus volkstümlicher Universitäts-Vorlesungen hervorgegangen ist. Arndt (Heidelberg).

XXII) **M. Kende:** Die Entartung des Menschengeschlechtes, ihre Ursachen und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. Halle, C. Marhold 1902.

Verfasser hat sich die Aufgabe leicht gemacht. Eine vielfach phrasenhafte Zusammenstellung bekannter Thatsachen. Arndt.

XXIII) **Artur Lindroth** (Helsingfors): Altdrag ur till Medicinalstyrelsen inlemnad Berättelse öfver en psychiatrisk Studieresa. (Finska Läkaresällskapets Handlingar Nr. 6. 1899. S. 750—790).

Mitteilung von Beobachtungen während einer Reise in Deutschland, Dänemark und Schweden. Pavl Heiberg (Kopenhagen).

III. Referate und Kritiken.

1. Neurosen.

a) Allgemeines.

31) **Obersteiner** (Wien): Les limites exactes des maladies nerveuses dites fonctionnelles.

(Revue neurologique Nr. 18, I. 1900.)

Der Autor tritt in vorstehender Mitteilung (wie schon in seiner, in den Grenzfragen publicierten, Arbeit über den gleichen Gegenstand) mit Rücksicht auf die häufige Kombination von organisch bedingten und funktionellen nervösen Symptomen dafür ein, dass man nicht mehr von funktionellen Nervenkrankheiten, sondern nur von funktionellen nervösen Symptomen sprechen soll. Letztere gehören nach seiner Ansicht dem Gebiete der psychischen Symptome an. Der erfahrene Autor warnt zugleich und gewiss mit Recht vor der Verwertung

zweifelhafter anatomischer Befunde zur Erklärung von Krankheitsfällen mit noch unbekanntem anatomischem Substrat. L. Loewenfeld.

---

32) **Clarence King** (Machias, N.-Y.): „Convulsions."
(The Medic. Rec., 14. Juli 1900.)

Verf. definiert die Konvulsion als eine plötzliche Explosion von Nervenkraft, die in unfreiwilligen tonischen oder klinischen Kontraktionen des allgemeinen Muskelsystems oder eines Teiles desselben, gewöhnlich mit Verlust des Bewusstseins, mit Gefühllosigkeit und mit der Neigung zu unregelmässiger Wiederkehr ihren Ausdruck findet. Er bespricht in der Abhandlung den Charakter einiger Krampfformen, wie sie im Kindes- und Erwachsenenalter oft genug vorkommen, berichtet zur Erläuterung über einige Fälle, und giebt schliesslich kurze Anweisungen, wie man sich in therapeutischer Hinsicht bei solchen Fällen zu verhalten habe. Voigt.

---

33) **Löwenfeld, L.:** Ueber gewisse Gehstörungen antosuggestiven Ursprungs.
(Wiener klinische Rundschau 1900.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von funktionellen Spasmen. Der eine betrifft einen $11^1/_2$ jährigen Knaben, welcher, sobald er das Haus verliess, unregelmässige heftige Krämpfe in den Beinen bekam, so dass das Gehen unmöglich war. In der Wohnung vermochte er frei umherzulaufen. Die Wachsuggestion brachte schnelle Heilung.

Der zweite Fall betrifft einen 53 jährigen Kaufmann, welcher bei jedem Versuche zu gehen einen tonischen, schmerzhaften Krampf in den Zehenbeugen des linken Fusses bekam, wofern seine Füsse mit Schuhwerk bekleidet waren. In Strümpfen oder mit nackten Füssen konnte er ungestört laufen. Hier handelte es sich um ein Recidiv. Der erste Anfall war vor einer Reihe von Jahren durch einen Pfuscher geheilt worden, und es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass diese Heilung auf Suggestion zurückzuführen ist. Das jetzige Recidiv scheint sich der Therapie gegenüber ziemlich refraktär zu verhalten.
Storch.

---

34) **Rossolimo** (Moskau): Ueber Dysphagia amyotactica.
(Neurologisches Centralblatt 1901, Nr. 4—6).

Unter ausführlicher Mitteilung von acht Krankengeschichten beschreibt R. einen neuen Symptomenkomplex, der hauptsächlich durch eine, einmal oder mehrmals, bald als einziges Symptom, bald mit anderen krankhaften Erscheinungen auftretende erhebliche Störung des Schlingaktes dargestellt wird. Diese kann sich entweder als einfache Unmöglichkeit zu schlucken oder als Empfindung eines Schluckhindernisses oder als Unfähigkeit zu schlucken vor Angst, dass es nicht gelingen oder dass man ersticken würde, (wofür von Bechterew der Ausdruck Phagophobie empfohlen wurde. Ref.), wobei das Schlucken besonders von festen oder besonders von flüssigen, oder von festen und flüssigen Speisen gleicherweise behindert sein kann. Das Alter der Patienten beim Beginn schwankt zwischen 24 und 42 Jahren, das Geschlecht war in fünf Fällen weiblich. Hereditäre Belastung wurde bei sechs Kranken konstatiert, und

zwar bei drei durch Alkoholismus der Eltern, der in zwei Fällen mit Tuberkulose kombiniert war, ausserdem ein Fall durch Tuberkulose allein, in zwei Fällen bestand allgemeine neuro- und psychopathische Belastung. Allgemeine Ernährungskrankheiten und Erkrankungen innerer Organe bestanden bei sechs Kranken (darunter Anämie bei vier Frauen), Frauenkrankheiten bei drei Frauen, gichtische Diathese (mit Pyelitis und Cystitis subacuta) bei einem Kranken. Von seiten des Nervensystems bestanden bei sechs Kranken vasomotorische Störungen (gesteigerte Erregbarkeit, unregelmässige Herzthätigkeit), ausserdem bei einem lokale Asphyxie; dann subjektive Sensibilitätsstörungen, die nicht zur Sphäre der Schluckfunktion gehören, sowie solche, die mit derselben in Verbindung standen. — Als prädisponierende Ursache waren chronische, psychische Einwirkungen (schlechtes Familienleben bei drei Patientinnen, akute Bekümmernisse in zwei, und sexuelle Ursachen auch in zwei Fällen) zu konstatieren. Die einmal eingetretene Störung, die sich meist auf einem speziell prädisponierten Boden entwickelt, ist meist sehr hartnäckig, sowohl was die Dauer der einzelnen Anfälle, als die Neigung zu Recidiven anlangt. Ihrer klinischen Stellung nach gehört sie nach R. nicht eigentlich zur Hysterie, obgleich in einzelnen Fällen hysterische Erscheinungen vorhanden waren, sondern eher in das Gebiet der allgemeinen Degenerationen des Nervensystems.

R. teilt die Schluckstörung in drei Unterarten:

1. Dysphagie amyotactica motoria (mit schlaff verlaufendem Schluckakt),
2. „ „ sensoria (Hauptsache Sensationsstörungen),
3. „ „ psychica (Vorrherrschen einer psychischen Angst oder einer Zwangsidee).

Hoppe.

---

35) **B. Fränkel** (Berlin): Zur Hyperästhesie der Nasenschleimhaut.
(Berl. klin. Wochenschr. 1901, No. 15.)

Bei Reflexneurosen, die auf einer Hyperästhesie der Nasenschleimhaut beruhen, können die äusserlichen Mittel Cocain und Orthoform, welche F. erprobt hat, zuweilen und zeitweise gute Dienste leisten, doch da die Reflexneurosen immer wieder kommen, so hat F. die Anwendung des Orthoform besonders auf solche Fälle beschränkt, wo auf kurze Zeit gegen die Reflexneurose gewirkt werden musste. Was das Orthoform betrifft, so übt es in gewissen Fällen eine Reizwirkung aus, so dass der Zustand sogar verschlechtert wird. F. ist deshalb zu innerlichen Mitteln übergegangen, um die Reflexerregbarkeit herabzusetzen, und empfiehlt zu diesem Zwecke das Kalium bromatum in Dosen von 1 bis 5 g täglich für Erwachsene, besonders bei den vorübergehenden Anfällen des Heufiebers, wo er in einer Reihe von Fällen ausgezeichnete Erfolge erzielt hat. Allerdings verliert es auf die Dauer die Wirkung.

Hoppe.

---

36) **George Roe Lockwood** (New-York): „Gastroptosis".
(The Medic. Rec. 1. Dezember 1900).

L. kommt auf Grund vielfacher eigener Beobachtungen und Untersuchungen unter anderem zu dem Schlusse, dass die Lageveränderung des Magens eine prädisponierende Ursache verschiedener sensibler, motorischer und sekretioneller gastrischer Störungen ist, und zwar vorwiegend dadurch, dass sie eine Muskel-

atonie des Magens im Gefolge hat, die gewöhnlich mit mehr oder weniger schwerer Neurasthenie einhergeht. Zum Auftreten dieser Neurosen sei aber gewöhnlich noch das Voraufgehen einer bestimmten körperlichen oder geistigen Ueberanstrengung nötig. Voigt.

---

37) **Reckzeh** (Berlin): Nervöse Tachypnoe.

(Berl. Klin. Wochensch. 1901, Nr. 17, 18, 19.)

R. hat die Fälle von nervöser Tachypnoe (mit über 40 Atemzügen in der Minute), die in der II. medizinischen Universitäts-Klinik zu Berlin beobachtet worden sind, gesammelt und unter 1155 mit funktionellen Neurosen behafteten Kranken, meist Neurasthenikern und Hysterischen, in 40 Fällen (etwa 3,46 %) ausgesprochene Tachypnoe gefunden und zwar bei 14 Männern (1,21 %) und 26 Frauen (2,25 %). Bei den Frauen handelt es sich mit vier Ausnahmen (2 Fälle von Basedow und 2 schwerere Neurosen) durchweg um Hysterie, bei den Männern um Neurasthenie resp. traumatische Neurose.

Das Alter der Kranken schwankte bei den Frauen zwischen 15 und 52 Jahren (Mittl. 23,12 J.), bei den Männern zwischen 18 und 44 J. (Mittl. 26,54 J.). In 7 Fällen oder 17,5 % fand sich erbliche Belastung; in einem Falle wurde die nervöse Tachypnoe von beiden Eltern auf 6 Kinder vererbt. In 4 Fällen oder 10 % (resp. 28 % für Männer. Ref.) waren Potus, in 4 Fällen schwere Verletzung, in 5 Fällen = 12,5 % psychische Einflüsse angegeben, welch letztere auch einzelne Anfälle hervorriefen resp. steigerten. In vielen Fällen wurden die Anfälle durch Eintritt der Menstruation gesteigert. In 13 Fällen oder 32 % nimmt R. einen ätiologischen Einfluss von Seiten der Sexualorgane an, doch rechnete er hierzu auch Ovarialschmerzen, Pollutionen, Exzesse in venere, Masturbation, ja sogar maniakalische Anfälle erotischer Natur, während wirkliche organische Leiden der Sexualorgane nur in 2 Fällen bestanden. In 15 Fällen oder 32,5 % (resp. 58 % der Frauen. Ref.) bestanden Menstruationsstörungen.

In 15 Fällen = 47,5 % fand sich dauernd beschleunigte oberflächliche Atmung, in 5 = 12,5 % dauernd starke Tachypnoe mit paroxysmaler Steigerung und in 16 Fällen = 40 % tachypnoische Anfälle bei sonst normaler Athemfrequenz. Die Anfälle traten stets plötzlich ein und hörten allmählig auf. Der Typus war bei den Männern oft, wenigstens in den schwereren Fällen, auch kostal wie bei den Frauen. In manchen Fällen, besonders schwereren, bestanden Abweichungen vom Typus. Das Gefühl der Oppression fand sich in leichten und schweren Fällen. In einem Falle ging der Anfall unter Bewusstlosigkeit einher, in anderen mit typischen, hysterischen Anfällen, darunter in einem mit zeitweisem Athmungsstillstand; in einem Falle wurden die mit Zwerchfell- und anderen Muskelkrämpfen einhergehenden tachypnoischen Anfälle durch Pausen von scheinbar tiefem Schlaf und ruhiger Athmung unterbrochen.

Die neurasthenischen resp. hysterischen Komplikationen traten zum Teil während der Anfälle hervor oder erfuhren eine Steigerung. Von Seiten der Lungen kamen nur in einzelnen Fällen geringfügige Komplikationen vor (in einem Falle beträchtliche Anschwellung mit schwer verschiebbaren Grenzen), häufig dagegen war Tachycardie, die entweder zusammen mit der Tachypnoe oder unabhängig von dieser auftrat; in drei Fällen bestand ein Cor mobile. Magen- und Darmstörungen fanden sich in 70 % der Fälle. Der Larynx war in acht Fällen = 20 % beteiligt.

Ein Stoffwechselversuch, den R. in einem Falle schwerer Tachypnoe anstellte (er selbst hat vier Fälle bei Männern beobachtet), ergab, dass trotz starker Tachypnoe (90—96 Athemfrequenz) und Diarrhoen (4—6 täglich) ein beträchtlicher Eiweissansatz (fast vier Gramm täglich) erfolgte.

R. nimmt mit Recht an, dass die Tachypnoe durch centrale Reize bedingt ist. Hoppe.

---

38) **De Buck et de Stella:** Un cas de Syndrôme cérébelleux.
(Journ. de neurol. 1901, Bd. 6, S. 666.)

Bei dem 14jährigen, nicht belasteten Schüler entwickelte sich ohne nachweisbare Ursache Ende Juli das folgende Krankheitsbild, nachdem von Zeit zu Zeit ein leichter Kopfschmerz vorausgegangen war. Zu der angegebenen Zeit setzten diese Schmerzen heftig ein (Stirngegend) und waren von Erbrechen begleitet. Darauf liess das Erbrechen nach, aber die Kopfschmerzen blieben bestehen, wenn auch an dem einen Tage leichter, an dem andern heftiger; sie waren nur am Tage vorhanden, Nachts liessen sie nach. Seit dem 28. Oktober klagte der Kranke in der Hinterhauptsgegend. Es stellte sich, ungefähr jeden Tag einmal, rotatorischer Schwindel ein: die Gegenstände, die ihn umgaben, drehten sich und der Patient glaubte den Boden unter den Füssen zu verlieren. Der Schwindel überkommt ihn aber nur in sitzender Stellung. Seit Ende August wurde der Gang leicht strauchelnd. Keine Ataxie der oberen, noch unteren Gliedmassen, kein Zittern oder Nystagmus. Abgesehen von Kopfschmerz keine Schmerzen. Kein Kernig'sches Zeichen. Gehen auf der geraden Linie ist möglich, aber man bemerkt dabei eine Asthenie der Unterextremitäten; die Kniee knicken oft zusammen. Wenn der Kranke liegt, wird es ihm schwer sich zu erheben; es fällt dann eine Asynergie zwischen den Bewegungen der unteren Gliedmassen und denen des Rumpfes auf. Schwanken beim Stehen, selbst mit offenen Augen. Romberg. Patellar- und Achillessehnenreflexe erhalten, scheinen sich aber leicht zu erschöpfen. Plantar- und Cremasterreflex schwach, Abdominalreflex erhalten. Objektive Sensibilität nach jeder Richtung hin erhalten, höchstens fällt von Zeit zu Zeit ein leichtes Unvermögen, warm und kalt an den Unterextremitäten zu unterscheiden auf. Keine Parästhesien. Astigmatismus, Venenpuls in der Netzhaut. Gehör normal, keine abnormen Erscheinungen von Seiten des Labyrinthes. Sonst alles normal.

Ueber die Natur der von ihm als „syndrôme cérébelleux" bezeichnete Affektion will Verf. kein Urteil abgeben. — In der Diskussion vor der Société belge de neurologie, in der der Fall vorgestellt wurde, erklären Glorieux und Sano, dass man den Kranken für einen Simulanten halten, vielleicht die Erscheinungen auf Hysterie beziehen müsse. Buschan.

---

39) **A. Forel:** Bemerkungen zu der Behandlung der Nervenkranken durch Arbeit und zur allgemeinen Psychotherapie.
(Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. X, Heft 1, S. 1.)

Der Autor betont in vorliegender Arbeit im Anschlusse an frühere Veröffentlichungen, dass nicht die Muskelarbeit an und für sich, sondern vor allem die centrifugale Konzentration der Aufmerksamkeit auf die zielbewussten Muskelinnervationen einer zweckmässigen, den Geist befriedigenden Beschäftigung

das Gehirn von pathologischen Thätigkeiten ablenkt und heilend wirkt. Die Minderwertigkeit zweckloser Muskelarbeit (Hygienisches Turnen, Arbeiten mit Hanteln oder Ergostat etc.) erblickt der Autor hauptsächlich darin, dass dieselbe die Aufmerksamkeit nicht verhindert, auf Abwege zu geraten, und die in Frage stehenden Thätigkeiten nicht als Lebensberuf gewählt werden können. Indes eignen sich auch nicht alle Neuropathen für Tischlerei, Gärtnerei und Landwirtschaft, die bisher vorzugsweise empfohlenen Beschäftigungen. Dem Arzte kann, namentlich bei geistig hochstehenden Neuropathen auch die Aufgabe zufallen, auf Grund eingehenden Studiums der Individualität des zu Behandelnden für diesen einen geeigneten Beruf oder Lebenszweck ausfindig zu machen und denselben die nötige Anleitung für die ersten praktischen Schritte zu geben. Die Erfolge dieses Vorgehens sind oft sehr erfreulicher Natur, sofern alle psychopathologischen Störungen wie durch einen Zauber schwinden und aus dem unglücklichen, unfähigen Nervenkranken ein thatkräftiger, vollwertiger Mensch wird.

F. führt zur Illustrierung der psychotherapeutischen Bedeutung einer geeigneten, dem Patienten sympathischen Thätigkeit, vier Beobachtungen an. Zum Schlusse verweist er mit Recht auf die Notwendigkeit sorgfältigen Individualisierens bei der Verwertung der Beschäftigungstherapie bei Neuropathen.

L. Loewenfeld.

---

40) **Junius und Arndt.** Ueber Bromocoll.

(Fortschritte der Medicin 1901, No. 20.)

Verf. prüften in der Irrenanstalt zu Dalldorf die Wirksamkeit eines neuen von Brat dargestellten Brompräparates, Namens „Bromocoll". Es stellt eine Dibromtanninleimverbindung dar und enthält ca. 20 % Brom. Es ist ein hellbraun-gelbliches amorphes, völlig geruch- und geschmackloses Pulver, welches weder in Wasser noch verdünnten Säuren, dagegen verhältnismässig gut in alkalischen Flüssigkeiten löslich ist. Unter vier Fällen von schwerer genuiner Epilepsie erwies sich bei zwei Kranken das Bromocoll in nicht ganz doppelter Dosis wirksamer als Bromkalium, bei Gebrauch der ersteren trat durchschnittlich alle vier Tage, bei Gebrauch des letzteren alle drei Tage ein Anfall auf. Also eigentlich ein geringer Nutzen für den Patienten! Im dritten Falle zeigte es sich dem Bromkalium bei weitem unterlegen, im vierten blieb der Erfolg ganz aus, während Bromkali deutlich wirkte. Mit der Dosis wurde von 3,0 bis auf 30,0 p. die gestiegen.

Es wurde ferner angewandt bei Schlaflosigkeit, Angst- und Erregungszuständen etc. In schweren Fällen wurde kein Erfolg erzielt, in leichteren trat eine Abnahme der Erregung und besserer Schlaf auf.

Unangenehme Nebenerscheinungen blieben aus, besonders fehlten Magen- und Darmstörungen. Acne wurde nur einmal beobachtet.

Die positiven Ergebnisse sind also wenig günstig, aber trotzdem meinen die Verf., dass das Mittel „in geeigneten Fällen mit Vorteil statt des Bromkaliums wird verwendet werden können" und halten weitere Versuche mit denselben für angebracht.

Es wird noch erwähnt, dass äusserlich ein 20 % Bromocollsalz in sechs Fällen von Juckreiz bei Hautaffectionen mit gutem Erfolge angewandt worden ist.

Mann (Breslau).

---

41) **Ch. Féré:** Note sur l'action excitante de l'antipyrine.
(Journ. de neurologie. 1901. Bd. 6, S. 631.)

Verf., der an Migräne leidet, stellte mittels des Ergographen Versuche über die Arbeitskapazität vor und nach der Einnahme eines Antipyrinpulvers wiederholt an, die im einzelnen in ihren Resultaten vorgeführt werden. Es zeigte sich dabei, dass das Antipyrin eine deutliche Erregung (Steigerung der Arbeitskraft, die am Anfange besonders intensiv ist), etwa 12 Minuten nach Aufnahme des Pulvers, hervorruft, die indessen von einer rapiden Depression (Ermüdung) gefolgt ist. Diese letztere ist nicht als direkte Folge des Medikaments zu deuten, sondern als die Folge der Excitation. Verf. sucht, auf diesen Versuchen fussend, eine Erklärung des therapeutischen Effekts des Antipyrins.

Die funktionelle Depression, welche die Bedingung für einen Schmerz oder ein Missbehagen ist, kann nur durch eine Excitation bekämpft werden, welche die Spannkraft des Organismus hebt. Diese scheint das Antipyrin zu bewirken, und so erkläre sich seine Wirkung als schmerzstillendes Mittel. Der Umstand ferner, dass das Antipyrin, wie alle Excitantien die Anhäufung der Ermüdung beschleunigt, daher eine schnelle Abnahme der Erregbarkeit herbeiführt, und dieses um so schneller, je grösser die verabreichte Dosis war, mag erklären, dass hohe Dosen Antipyrin bei choreatischer Unruhe und gelegentlich auch bei epileptischen Anfällen günstig einwirken. Buschan.

---

42) **Alfredo Pastena** (Napoli): Ricerche sperimentali e cliniche sull azione ipnotica dell' Edonal.
(Annali di nevrologia. 1901. Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Auf Grund seiner Versuche an 85 somatisch und psychisch Kranken giebt Verf. sein Urteil über die Wirksamkeit des Hedonal dahin ab, dass dasselbe eins der zuverlässigsten Hypnotica vorstellt, dem schädliche Nebenwirkungen abgehen. Die besten Erfolge werden damit bei nervöser Schlaflosigkeit erzielt; eine halbe Stunde nach der Darreichung stellt sich ein ruhiger und erfrischender, dem physiologischen gleichkommender Schlaf ein. Gleichfalls erweist sich das Hedonal nützlich bei Schlaflosigkeit in Begleitung von Aufregungszuständen der progressiven Paralyse, der Epilepsie und Manie. Ausser dieser direkt hypnotischen Wirkung besitzt das Mittel bei den gleichen Krankheitszuständen auch eine bedeutende sedative Wirkung. Weiter empfiehlt sich das Hedonal bei der Schlaflosigkeit Herzkranker, und zwar vor allen anderen Hypnoticis, weil es die Muskelfaser des Herzens leicht erregt.

Die Dosis schwankt zwischen 1—3 g; einzelne Autoren behaupten, dass man bis zu 8 g damit ungestraft ansteigen könne. Die Erfahrung lehrt, dass man bei Somatisch-Kranken mit 1—1,5 g auskommt, um einen durchschnittlich 4—6 Stunden dauernden Schlaf zu erzeugen, bei Aufregungszuständen aber 2—3 g benötigt für einen 6—8 stündigen Schlaf. Es empfiehlt sich, das Hedonal entweder in Pillenform oder in Lösung in heissem Wasser mit Sirupzusatz zu verabreichen; eine alkoholische Lösung ist nicht empfehlenswert. Eine kumulative Wirkung kommt dem Präparat nicht zu. Buschan.

---

43) **Roubinovitch et Philippet:** Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal.

(Journal de Neurologie, Jahrg. VI. Nr. 18. Sept. 1901.)

Es handelt sich vor allem um experimentelle Untersuchungen von geringer praktischer Bedeutung. Verf. bestätigen die bekannte Thatsache, dass Hedonal, namentlich bei Psychosen, in Dosen von 1—2 gr eine geringe Wirksamkeit entfaltet und in dieser Gabe Blutdruck, Puls und Atmung wenig beeinflusst. Im Beginn der Wirkung soll die Temperatur um einige Zehntelgrade steigen, um nach einiger Zeit eine Kleinigkeit unter den ursprünglichen Stand herabzusinken.

Arndt.

---

44) **Franz Hepner:** Ueber Hedonal als Schlafmittel und dessen Anwendung in der inneren Medizin.

Prag. med. Wochenschr. 1901. Bd. 26, Nr. 51.

In der medizin. Universitätsklinik zu Prag wurde das H. an etwa 80 Kranken, je nach Bedarf, ohne besondere Auswahl des Leidens versucht. Im allgemeinen erwies es sich als ganz unschädlich; nur bei einer verschwindend kleinen Anzahl traten üble Nebenwirkungen insofern hervor, als es zum gelegentlichen Erbrechen sofort nach der Aufnahme des Mittels oder am andern Morgen zu leichter Benommenheit des Kopfes kam. Um Schlaf zu erzielen, waren 2—3 gr (am besten in Oblaten oder in pfefferminzhaltiger Flüssigkeit gegeben) erforderlich. Die Dauer des Schlafes betrug gewöhnlich 3—5 Stunden, in wenigen Fällen auch 5—7 Stunden und noch mehr. Ein Nachteil des Präparates ist es, dass es bei Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen versagt und auch sonst nicht absolut verlässlich ist, man müsste denn die Dosis erhöhen, was wohl anstandslos vertragen werden dürfte, indessen sich nicht so leicht durchführen lässt, weil die Kranken wegen des schlechten Geschmackes das Präparat entweder gar nicht oder nur mit Widerwillen nehmen.

Buschan.

---

b) Epilepsie.

45) **Z. Brychowski** (Warschau): Zur Pathologie der Epilepsie.

(Neurol. Centralbl. 1900. Nr. 20.

Ein 28jähriger, nicht belasteter Mann leidet seit zwei Jahren an epileptischen Anfällen, die immer häufiger und heftiger wurden. Es ergab sich, dass derselbe seit mehreren Jahren in einem mit Tabaksdämpfen gefüllten, nicht ventilierten geschlossenen Zimmer (behufs Beizens nach eigener Methode) 6—8 Stunden arbeitete und dabei sehr häufig an dem Tabaksbrei roch und von ihm kostete. Nachdem Patient von den Dämpfen isoliert war, blieben die Anfälle aus, ebenso besserte sich das Allgemeinbefinden, welches gleichfalls vielfache Störungen gezeigt hatte (Obstipation, Kopfschmerzen, Anfälle von Atemnot).

B. verweist auf einige Fälle aus der Litteratur, wo durch chronische Tabakvergiftung epileptische Anfälle ausgelöst wurden, aber nach Entfernung der Ursache sistierten (ein Fall von Duboy, ein Fall von Charles Hasting).

Hoppe.

46) **Ludwig Hajós:** Ueber die feineren pathologischen Veränderungen der Ammonshörner bei Epileptikern.

(Arch. f. Psych. Bd. 34, S. 541—569.)

H. stellt kurz die Litteratur über die pathologische Anatomie der Epilepsie zusammen. Seit Meynert hat man den Ammonshörnern besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Genauere Untersuchungen mit der modernen Färbetechnik liegen noch nicht vor. Er selber hat nun das Centralnervensystem von vier Epileptikern eingehend mikroskopisch durchsucht. In allen vier Fällen waren die Ammonshörner erkrankt, und zwar in verschieden hohem Grade; am häufigsten waren sie sklerosiert. Mikroskopisch fand sich eine reiche Gefässneubildung, Hypergliomatose und fleckweiser Zellschwund. Die Zellveränderungen auf Nisslbildern werden in vier Gruppen geteilt. Diese sklerotischen Veränderungen hält H. für entzündliche; der Prozess ist ein sehr langsamer. Erweichungen sind seltener und weniger typisch. Schröder.

---

47) **Lannois:** Dermographisme chez des épileptiques atteints d'helmenthiase intestinale.

(Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 1901. p. 207.)

Zwei Fälle. Oxyuvis-Würmer seit der Kindheit, seit dem Alter von 13 Jahren ausgesprochene Dermographie. Beginn der Epilepsie im 24. Lebensjahre. Es handelt sich um echte Epilepsie, nicht um Reflexepilepsie von den Darmparasiten aus, denn die Anfälle bestehen trotz Entfernung der Würmer fort. Die Dermographie ist ausserordentlich ausgesprochen; diese dürfte durch die Anwesenheit der Parasiten mit bedingt sein (Autointoxikation?) Im zweiten Fall waren epileptische Anfälle bei den im Sinne der Epilepsie belasteten Patienten schon jahrelang vor dem Erscheinen der Taenie dagewesen; auch hier deutliche Urticaria factifitia. Cassirer.

---

48) **Marie et Buvat:** Epilepsie et fièvre typhoide.

(Arch. de Neurol. Januar 1901.)

Während sonst das Wiederauftreten von epileptischen Anfällen, die meist während der Dauer intercurrenter fieberhafter Erkrankungen aussetzen, für deren Abklingen und Ausgang in Heilung spricht, haben die Verf. zwei Fälle von Typhus bei Epileptikern beobachtet, bei denen die Anfälle im Fieberstadium auftraten und der Tod nach einer Anfallsserie erfolgte. Die Verf. raten nach dieser Erfahrung zur Vorsicht mit dem Aussetzen von Brom bei akuten fieberhaften Krankheiten. Bennecke (Dresden).

---

49) **Féré:** L'épilepsie et les tics.

(Journ. de neurol. 1900, p. 329.)

Féré weist erneut auf das Zusammenvorkommen von verschiedenen Tic-Formen und Epilepsie hin und bringt dafür mehrere neue Beispiele bei.

Cassirer.

---

50) **M. Goldbaum:** Zwei Fälle von Epilepsia procursiva.

(Gazeta Lekarska 1901, Nr. 34 und 35.)

Der erste Fall dieser seltenen und interessanten Epilepsieform betraf ein 9jähriges, neuropathisches, nicht belastetes Mädchen, welches vor fünf Jahren in einen Keller gefallen war, ohne jedoch einen Schaden davon getragen zu

haben. Zwei Jahre später traten die ersten Symptome auf und äusserten sich darin, dass Pat. den Kopf nach einer Seite drehte und bewegungslos mehrere Minuten vor sich hinstarrte. Dabei schien sie bewusstlos zu sein und gab auf Fragen keine Antworten. Diese Anfälle treten in mehrthätigen Intervallen, einigemale täglich auf. Nach einem halben Jahr wechselte das Symptomenbild. Der Anfall begann jetzt mit Händeklatschen, dann drehte sich Pat. im Kreise herum und fiel bewusstlos zu Boden. Gut entwickelt, mässig ernährt. Die Untersuchung, welche mit Gewalt ausgeführt werden musste, da Pat. um sich schlägt, beisst und sich überhaupt nicht anrühren lässt (folie morale), ergab nichts Abnormes, auch keine Degenerationszeichen. Vier Tage später bekam sie im Krankenhaus einen Anfall. Sie sprang nachts aus dem Bett, lief mit geöffneten Augen bis zur Mitte des Saales, drehte sich im Kreise umher und fiel dann bewusstlos zu Boden, wobei sie sich den Kopf zerschlug. Dann schlief sie ein. In den nächsten Tagen wurde Pat. aggressiv, riss den Kranken die Nahrung gewaltsam fort und war so wild, dass sie entlassen werden musste. In der letzten Zeit bemerkte man, dass Pat. Onanie trieb.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, das seit einigen Wochen an Unruhe, Schlaflosigkeit und dauernden unregelmässigen Bewegungen der linken unteren Extremität litt. Bei der Untersuchung wurde nur eine träge Reaction der Pupillen und Erhöhung der Patellarreflexe festgestellt. Einige Monate später waren die Erscheinungen bereits viel ausgesprochener. Die Bewegungen (choreaähnliche) in der Extremität dauerten fort und nahmen auch das Facialisgebiet (Zuckungen) ein. Pat. hatte zwei Anfälle von totalem Bewusstseinsverlust, tonischer Starre der Gesamtmuskulatur, jedoch ohne nachfolgende clonische Zuckungen. Jetzt gab die Mutter zu, dass Pat. schon vor mehreren Jahren Anfälle gehabt hat, die aber unbeachtet wurden. Sie lief damals schnell im Zimmer herum, blieb bewegungslos an einer Wand stehen und gewann erst nach mehreren Minuten das Bewusstsein. Sechs Monate später (Pat. hatte dazwischen viel Brom genommen und sich ganz gut geführt) wurde Verf. zur Pat. geholt und konstatierte bei ihr einen typischen Anfall von petit mal intellectuel (Falret). Verf. meint, dass die Epilepsia procursiva nur deshalb so selten beobachtet wird, weil sie mit der Zeit (wie bei seiner zweiten Pat.) in gewöhnliche Epilepsie übergeht. M. Urstein (Berlin).

---

51) **Bechterew:** Ueber periodische Anfälle retroactiver Amnesie.
(**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurolgie. Bd. VIII. H. 5.**)

Verf. hat folgenden Fall beobachtet: Der betreffende Patient hat im Jahre 1875 eine Art Schlaganfall erlitten. Seit 1890 zeigten sich eigentümliche in längeren Pausen auftretende Anfälle zeitweiligen Gedächtnisschwundes. Die Anfälle stellten sich immer dann ein, wenn Pat. vorher geistig angestrengt thätig gewesen war. Voraus gingen anhaltende Schmerzen im Hinterkopf. Während der Anfälle war das Bewusstsein durchaus erhalten; doch war es dem Pat. unmöglich, sich an die Ereignisse der letzten Vergangenheit zu erinnern; weiter zurück wie 24 Stunden reichte indessen die Amnesie nicht. Sonst waren die Anfälle weder von objektiven noch subjektiven Symptomen begleitet, nur verlor der Kranke nicht selten nach einem schweren Anfall die Erinnerung an das, was ihn betroffen hatte. Heilung nach Medikation von Bromkali mit Adonis vernalis und Codein. Kölpin (Greifswald).

52) Epilessia nei cavalli pure sangue.
(Giornale d'ippologia. 1900, November 7; Referat in Arch. di psich. 1901. Bd. 22, S. 504.)

Eine Stute edler Rasse, die aber von ausserordentlich nervösem und reizbarem Temperament war, wurde von einem keineswegs nervösen Hengste gedeckt und warf ein weibliches Junge, das intelligent und aufgeweckt war, jedoch keine Anzeichen einer Neurose darbot. Darauf wurde die Stute von einem nervösen, reizbaren Hengste besprungen und warf drei männliche Füllen, die alle drei epileptisch waren. Ein drittes Mal wurde sie von einem ebenfalls nervösen Hengste belegt und warf wiederum drei epileptische männliche Tiere. Bei einer vierten Trächtigkeit, die von einem ruhigen Hengste herrührte, kamen zwei normale und ein epileptisches Füllen zur Welt. Buschan.

---

53) **Ruggiero Lambranzi** (Brescia): Sul tempo dell'accesso epilettico.
(Bollett. del Manicomio provinc. di Ferrara. 1901. Bd. 29, S. 20.)

Verf. beobachtete während zweier Monate 13 epileptische Weiber und während eines Monats sechs epileptische Männer, die kein Brom erhielten, bezüglich der Zeit und der Häufigkeit ihrer Anfälle während des Wachens und des Schlafes. Als Wachenszeit rechnete er die Zeit vom Aufstehen bis zum Zubettgehen, d. h. im Ganzen 14 Stunden, als Schlafzeit die übrigen Stunden, d. h. im Ganzen 10 Stunden.

Mit aller Vorsicht teilt er das Resultat dieser Untersuchungen mit. Bei den Individuen mit Anfällen bei Tage und bei Nacht erreichen die ersteren eine grössere Anzahl als die letzteren. Die nächtlichen Anfälle sind bedeutend häufiger in den Stunden vor Mitternacht (56 $^0/_0$ der nächtlichen Anfälle fallen in die ersten fünf Stunden des Schlafs). Es hat nicht den Anschein, als ob eine besondere Tagesstunde von besonderem Einflusse auf die Häufigkeit der Anfälle ist, wohl aber scheinen die nächtlichen Anfälle etwas zahlreicher in der ersten Hälfte der Nacht zu sein. Sie scheinen sich in grösserer Häufigkeit einmal in der Zeit der ersten und zweiten Stunde des Schlafes, sodann noch einmal während der sechsten und siebenten Stunde einzustellen. Was die Ursache hierfür ist, entzieht sich der Beobachtung. Buschan.

---

54) **Georg Ilberg:** Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie.
(Zeitschr. f. d. gesamte Strafrechtswissenschaft. XXI. 1901. S. 440—467.)

Kurze Schilderung der verschiedenen Formen der Epilepsie und ihrer gerichtsärztlichen Bedeutung. Die Abhandlung bietet dem Fachmann nichts Neues, ist aber dem Juristen und dem beamteten Arzte zu empfehlen, da sie in leicht verständlicher Form das Wichtigste erörtert. Gaupp.

---

55) **Eugen Weber:** Beitrag zum Kapitel Epilepsie und Psychose.
(Arch. f. Psychiatrie und Nerv. XXXIV. 1. S. 253.)

Weber beschreibt einen Fall, bei dem eine gesunde Frau im 47. Jahre zu Beginn der Menostanse ihren ersten epileptischen Anfall bekommt. Nach 14jährigem Bestehen der Anfälle, die ziemlich selten, später nur noch nachts auftreten, das geistige Verhalten der Kranken in keiner nennenswerten Weise schädigen, erkrankt Patientin nach grossen Gemütsaufregungen an einer subakuten Melancholie mit leichten Wahnideen und Prenordialangst, die sechs Jahre

dauert. Mit Beginn der Melancholie treten Anfälle von petit mal auf, die mit der Entwickelung der Melancholie zunehmen und beim Ausgang der Psychose in Genesung wieder verschwinden, während Krampfanfälle in und nach dieser Zeit noch mehrmals nachts zur Beobachtung gelangten und erst ein Jahr nach der Genesung von der Psychose fehlten.

Da eine Arteriosklerose oder andere organische Gehirnkrankheit zur Erklärung der Absencen wie der Epilepsie nicht angeführt werden kann, ist die letztere zu erklären durch die infolge des Climacteriums im Körper entstandenen Umwälzungen im Cirkulationsapparat, und die Absencen sind die Folgen einer durch die Melancholie hervorgerufenen Ernährungsstörung des Gehirns.

Die Absencen glaubt ausserdem Weber auf das Konto der bei den Kranken während der Melancholie besonders stark hervortretenden Willenschwäche setzen zu müssen, da sie mit Abnahme der Willenskraft entstehen und zunehmen, mit Erstarkung derselben wieder abnehmen und mit erlangter Willensstärke verschwinden, er fasst sie „— rein persönlich — als eine sekundäre, von der Melancholie abhängende Erscheinung gesunkener Willenskraft auf."

Trotz heftiger Gemütsbewegungen hat die Kranke weder einen Rückfall in die Melancholie noch einen Anfall von petit mal seit ihrer Genesung erlitten, zeigt vielmehr trotz ihres hohen Alters erstaunliche körperliche und psychische Widerstandskraft und Leistungsfähigkeit. Krauss (Kennenburg).

---

56) **W. Friedrich** (Budapest): Adams-Stokes'sche Krankheit.
(Ungar. med. Presse. 1901. Bd. 6, Nr. 23.)

Eine 26jährige, bis dahin gesunde Frau leidet seit sechs Monaten an in kurzen Intervallen auftretenden, mit Bewusstseinsverlust verbundenen Krampfanfällen von längerer oder kürzerer Dauer; in der anfallsfreien Zeit wurde sie von Herzklopfen, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und zeitweilig von Dyspnoe gequält. Die Untersuchung ergab eine anämische Person mit zeitweilig arythmischem, zwischen 28—40 Schlägen schwankendem Pulse. Bei Reizung des Vagus mittels des constanten Stromes zeigte sich keine Veränderung der Pulszahl, mittels faradischen Stromes ging sie sogar auf 12—20 Schläge in der Minute zurück; durch Alkoholzufuhr wurde die Pulsfrequenz nicht gesteigert. Die Herzdämpfung erwies sich als normal. Bei Röntgendurchleuchtung wurde eine Erweiterung des linken Vorhofs festgestellt. An der Herzspitze war ein dumpfer systolischer Ton, zeitweise ein schwaches, feines systolisches Geräusch und ein dumpfer, doppelter diastolischer Ton hörbar; ebenso über dem linken Ventrikel. Anzeichen von überstandener Endocarditis oder von Arterisclerose nicht vorhanden. Hämoglobingehalt 65 %, Zahl der roten Blutkörperchen 3,5 Millionen. Leber hart und geschwollen. — In der Klinik wurden mehrere Anfälle beobachtet: die Kranke verlor das Bewusstsein, ihr Mund verzog sich, die Zähne knirschten und die Extremitäten wurden steif. Nach solchen Anfällen, die 1—2 Minuten nur dauerten, betrug die Zahl der Atemzüge 28, der Puls betrug 20 Schläge und war arythmisch; erst nach 10—25 Minuten trat die frühere Puls- und Atemfrequenz wieder ein. Es handelt sich um das von Stokes und Adams in den 40er Jahren zuerst beschriebene und von Huchard nach diesen so benannte Krankheitsbild. Ueber die Ursache vermag sich Verf. nicht zu äussern.

Die Prognose hält er im vorliegenden Falle, wo es sich um ein jugendliches Individuum handelt — übrigens der erste derartige Fall im Alter unter 30 Jahren — für günstig. In der Therapie ist Digitalis contraindiciert. Verf. beschränkte sich auf ein roborierendes Verfahren. Buschan.

---

57) **Habermaas:** Ueber die Prognose der Epilepsie.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

Unter Vergleichung mit den Zahlen anderer Autoren giebt H. genaue statistische Daten von 937 Epileptikern, die hier nur in der Hauptsache wiedergegeben werden können. Sämtliche, als geheilt (110), gebessert (194) und ungeheilt (191) Entlassene, ambulant Behandelte, oder noch in der Anstalt Verpflegte, von denen 77 % arbeitsfähig, 23 % verblödet waren, wiesen folgende Resultate auf: Dauernde Heilung mit erhaltener Erwerbsfähigkeit durch Schwachsinn 0,6 %. Erwerbsfähigkeit bei bestehender Epilepsie 13,3 %. Arbeitsfähigkeit bei Anstaltsbedürftigkeit 28,9 %. Verblödung und Arbeitsunfähigkeit 11,4 %. Ausgang in Tod 43,3 %. Nach dem geistigen Verhalten waren insgesamt 17,3 % intellektuell nicht geschädigt, ebensoviele zeigten mässige psychische Abnahme, 65 % waren dem Schwachsinn und Blödsinn verfallen. Das Lebensalter war über 20 Jahre in 66,6 %; über 30 Jahre in 30,2 %; über 40 Jahre in 11,3 %; über 50 Jahre in 4,5 %. 72 % der Verstorbenen standen vor dem 30. Jahre, 2,8 % nach dem 50. Jahre. Die Todesursachen waren bei den in der Anstalt Verstorbenen, bei welchen die Angaben allein zuverlässig sind, in 60 % die Epilepsie selbst (gehäufte Anfälle 47,6 %, Unglücksfälle 4,8 %), in 10 % Lungentuberkulose, in 20 % andere Erkrankungen.

Verf. zieht folgende Schlüsse: 1. Epilepsie ist heilbar in 10,3 %. 2. Frei von intellektuellen Schädigungen bleiben 17,3 %. 3. Volle Erwerbsfähigkeit bleibt bei 21 % erhalten, weitere 30 % bleiben teilweise arbeitsfähig, 49 % sind zu keiner Arbeit mehr fähig. 4. Die Lebensdauer der Epileptiker beträgt durchschnittlich 25 Jahre. 5. Bei 60 % der Todesfälle führt die Epilepsie selbst zum Tode. Chotzen.

---

58) **E. Toulouse et P. Meunier:** Effets de la bromuration combinée avec l'hypochloruration sur les accès convulsifs et les équivalents psychiques épileptiques.

(Revue de Psychiatrie. Oct. 1901.)

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine jetzt 37jährige Kranke, welche seit ihrem 9. Lebensjahre an epileptischen Anfällen leidet, ausserdem auch, besonders während des Unwohlseins, hysterische Zuckungen hatte. In der Schule war sie mässig begabt, doch hat im Laufe der Jahre ihre Intelligenz entschieden abgenommen. Ihr Vater war Alkoholist und starb an Tuberkulose im Alter von 35 Jahren. Die Mutter litt an Migräne und fiel in mittlerem Lebensalter einem Lungenschlag zum Opfer. Die epileptischen Anfälle sind von einem Erregungszustand gefolgt, währenddessen die Kranke häufig gewaltthätig ist, an Gehörstäuschungen leidet, eine grosse motorische Unruhe an den Tag legt und die Nahrung verweigert. Nachher besteht Amnesie. Verf. weist an

der Hand einer Tabelle nach, dass die Anfälle von heftiger Erregung unter dem Einfluss einer kombinierten Methode, bestehend in Verabreichung von Na Br (2—3 Gr.) und Na Cl (3—15 Gr.) pro die, sehr zurückgetreten sind, während Krampfanfälle und Schwindel keinen andauernden Nachlass aufweisen.

Schott (Zwiefalten).

---

59) **Rounne:** Traitement de l'épilepsie.

(La presse médicale 1900, 23.)

Rounne berichtet über die von Fleury geübte Epilepsiebehandlung: 1. Brombehandlung, insbesondere Natrium- und Strontiumbromid in mässigen Dosen, zusammen mit den Mahlzeiten, nur bei nächtlichen Anfällen in einmaliger Dosis abends. 2. Tonische Behandlung, Hydrotherapie, Massage, besonders aber Injektionen eines künstlichen Serums von Natriumphosphat, -sulfat und -Chlorid ca. 1,0 auf 100,0 sterilisiertes Wasser. Davon 2—3 ccm in subcutaner Injektion. 3. Regelung der Diät und Verdauung, viel Milch und Vegetabilien, natürlich keine Alkoholica, leichte Abführmittel, diuretische Mineralwässer. 4. Aufenthalt auf dem Lande etc.

Cassirer.

---

60) **Laufer:** Mécanisme de l'action des bromures avec l'hypochloruration.

(Revue de Psychiatrie, September 1901.)

Verf. nimmt an, dass es sich dabei um eine Substitution des Broms an Stelle des Chlors handelt. Dieser Substitution entspricht eine geringere Ausscheidung des Broms, solange das Individuum eine an Chlor arme Diät innehält. Das Salz vertreibt dagegen das Brom aus dem Organismus und steigert seine Ausscheidung, welche auf einmal rascher und intensiver erfolgt; es vertreibt in gleicher Weise die Phosphate.

Schott.

---

61) **Rudolf Bálint:** Die Diätbehandlung der Epilepsie.

(Ungar. med. Presse, 1901, Bd. 6, Nr. 22.)

Verf. versuchte die von Richet und Toulouse empfohlene diätetische Behandlung der Epilepsie (Entziehung des Chlornatriums) an seinen Patienten, vermochte jedoch bei derselben nicht lange zu bleiben, da es den Kranken schwer fiel, Tage hindurch ungesalzene Nahrung zu sich zu nehmen. Diese Schwierigkeiten brachten ihn auf den Gedanken, den Patienten das Brot zu gestatten, damit sie auf diese Weise an Chlor arme Nährstoffe (Butter, Eier) leichter zu sich nehmen könnten, im Brote aber das Kochsalz durch ein Brompräparat zu ersetzen. Seine Diät besteht in folgendem: 1000—1500 g Milch, 40—50 g Butter, drei Eier (ohne Salz), 300—400 g Brot und Obst; der Gesamtnährwert dieser Tagesmahlzeit beträgt ungefähr 2300—2400 Kalorien; in ihm sind kaum 2 g Kochsalz enthalten, dafür nimmt der Kranke aber täglich mit dem Brot 3 g Brom zu sich.

In den ersten Tagen der Kur reagieren nicht alle Patienten auf gleiche Weise, doch am sechsten bis siebenten Tage sind in allen Fällen Veränderungen bemerkbar. Die Anfälle nehmen sowohl an Zahl, wie auch an Intensität bedeutend ab; mitunter sah Verf. ein krisisartiges, plötzliches Aufhören der

Anfälle. — Von neun frischen Fällen blieben die Anfälle in sieben Fällen vollkommen aus, von 19 veralteten in 15 Fällen. Dort, wo sie nicht völlig aufhörten, war jedoch eine erhebliche Besserung zu erzielen. Die Dauer der Kur bemisst Verf. auf 30—40 Tage. Bromismus war in keinem einzigen Falle bemerkbar, selbst wenn die Diät mehrere Monate hindurch fortgesetzt wurde.

Da die günstigen Erfolge der Methode hauptsächlich in der Steigerung der Bromwirkung liegen, so regt Verf. an, auch bei anderen Nervenleiden, wo man Bromwirkung erzielen will, Versuche mittels des gleichen Verfahrens anzustellen. Buschan.

---

62) **L. Pierce Clark** (New York): „Some remarks on the modern surgical and medical treatment of epilepsy."

(The Med. Rec., 12. Januar 1901.)

Nachdem Verf. in seiner Abhandlung kurz erwähnt hat, dass Prout und er bei 13 zur Sektion gekommenen Fällen von genuiner Epilepsie in der Hirnrinde gleichförmige histologische Veränderungen fanden (Kerndegeneration des zweiten (sensorischen) Zellenlagers, Chromatolyse der ganzen Rinde, namentlich in der motorischen Region, Wucherung der Neuroglia u. s. w.), bespricht er die heute übliche chirurgische und medicinische Behandlung der Epilepsie. Er kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Idiopathische Epileptiker mit typischen „grossen Anfällen" sollten zum Zwecke der Besserung niemals trepaniert werden. 2. Idiopathische Epileptiker mit Anfällen des Jackson'schen Typus sollten nur trepaniert werden, wenn infantile cerebrale Lähmungen ausgeschlossen werden können und wenn die Familien- und persönliche Entartung nur unbedeutend ist. Im Falle der Operation muss der epileptogene Bezirk möglichst vollständig entfernt werden. Allerdings wird auch dann nur kaum 1 Prozent der Kranken von der Epilepsie befreit. 3. In Fällen traumatischer Epilepsie kann trepaniert werden, wenn die Verletzung in direktem Kausal-Zusammenhange mit der Epilepsie steht und vor höchstens zwei Jahren stattfand. Die Prognose hängt alsdann wesentlich von dem Grade der vorhandenen nervösen Prädisposition ab; sie ist um so günstiger, je früher man die Operation vornimmt. Bei Befolgung dieser Regeln werden weit weniger sogenannte traumatische Fälle trepaniert werden, dafür aber wird man „weit mehr als 4 Prozent" Erfolge haben. 4. Alle trepanierten Epileptiker sollten, aus welchem Grunde auch die Operation vorgenommen war, noch Jahre hindurch mit Bromiden nachbehandelt werden. — Bezüglich der hygienischen, diätetischen und arzneilichen Behandlung der idiopathischen Epilepsie hebt Verf. folgende Punkte hervor: 1. Die Bromide geben die besten Resultate, wenn sie mit richtiger Diät, regelmässiger Beschäftigung und persönlicher Hygiene kombiniert werden. 2. Das Brom ist, mag man nur ein Bromsalz allein oder mehrere vereint gebrauchen, unser Haupt-Sedativum für den Status epilepticus. Der jugendliche Kranke kann durch dasselbe Unterdrückung der Anfälle und schliesslich Heilung der Krankheit erfahren, der ältere wenigstens Verminderung der Häufigkeit der Anfälle und verhältnismässiges körperliches und geistiges Wohlbehagen. 3. Sollen die Bromide nützen, so müssen sie täglich in so grossen Dosen genommen werden, dass die Krampfanfälle unterdrückt werden. Dazu ist die gleichzeitige Anwendung warmer und kalter Bäder, hoher Klystiere, Antisepsis im Nahrungskanale und Massage notwendig. 4. Bromin kann die

Bromide in manchen Fällen ersetzen, in denen letztere in hohen Dosen nicht vertragen werden. Voigt.

---

c) Andere Neurosen.

63) **J. L. Morton** (Brooklyn): Paramyoclonus multiplex.
(New York Med. Journal 1901, 15. Juni.)

M. teilt zwei Fälle mit.

Der eine betrifft einen 40jährigen kräftigen Mann, welcher nach einer Operation wegen Hämorrhoiden sehr deprimiert wurde und, da ihm vor der Operation Angst gemacht worden war, sterben zu müssen, fürchtete. Gleichzeitig zeigte sich ein fibrilläres Zucken der Rückenmuskeln, das sich bald zu tonischen und klonischen Krämpfen aller Muskeln des Rückens und der unteren Extremitäten, besonders der Glutaei und der Schenkelstrecker steigerte. Sonst keine Störungen. Nach acht Tagen unregelmässige Herzaktion und Schlaflosigkeit. 14 Tage nach der Operation Exitus letalis. Sektion wurde nicht gemacht.

Der zweite Fall betrifft ein 26jähriges Weib, welches vor zehn Jahren aus Irland nach Amerika gekommen war und seitdem schwer als Dienstmädchen arbeiten und daneben noch längere Zeit nachts bei einem an Lungenschwindsucht erkrankten Bruder Wärterindienste thun musste. Durch den Tod desselben wurde sie sehr erschüttert, nachdem ihre Gesundheit durch die übergrossen Anstrengungen schon angegriffen war. Wenige Monate nach dem Tode ihres Bruders begann sie noch eine Schwester, die auch an Lungenschwindsucht erkrankt war, zu pflegen, bis sie zusammenbrach und klonische Zuckungen bekam. Zuerst wurden die Muskeln der ersten Rumpfhälfte, dann der rechtsseitigen Extremitäten betroffen, worauf die Zuckungen die linken Extremitäten und schliesslich die Muskeln des Nackens und der unteren Gesichtshälfte angriffen. Beide Beine waren zuerst so schwach, dass sie nicht ohne Unterstützung gehen konnte. Jetzt, nachdem die klonischen Krämpfe $1^1/_2$ Jahr bestehen, sind dieselben in den Armen am stärksten, während sie in den Beinen gegen früher geringer geworden sind. Während der Behandlung (Galvanisation und viel in der Sonne liegen bei gleichzeitigem Trinken grosser Wasserquantitäten) sind die anfänglich stark gesteigerten Reflexe schwächer geworden, wie sich auch ihr sonstiger Zustand wesentlich gebessert hat.

Hoppe.

IV. Tagesgeschichte.

Kritische Bemerkung.

In dem Lehrbuch der Nervenkrankheiten von Prof. Oppenheim, welches vor kurzem wieder in neuer Auflage erschienen ist, finden sich unter dem Kapitel: Therapie des Alkoholismus einige Irrtümer und missverständliche Sätze, welche bei der anerkannten Bedeutung des Buches und der praktischen Wichtigkeit des Themas eine Richtigstellung verlangen.

Wir bemerken vorweg, dass der Verfasser trotz des engen Raumes, welcher ihm zur Verfügung stand, die bisher geübten therapeutischen Methoden mit grosser Ausführlichkeit dargestellt hat.

Wir beanstanden nur folgende Stellen, welche den Unerfahrenen zu schweren Missgriffen veranlassen können.

„Neuerdings sind Forel, Kraepelin u. a. für die absolute Alkoholentziehung und dauernde Temperenz eingetreten. In den Trinkeranstalten sei vor allem auf allseitige Temperenz zu halten. Nach der Entlassung solle Pat. sich in einen Mässigkeitsverein aufnehmen lassen und sich lebenslänglich aller alkoholartigen Getränke (inkl. Bier und Obstwein) enthalten. Die Erfolge, die von Burghölzli und Ellikon berichtet werden, sind recht ermunternde."

Hier wird durch den Ausdruck Temperenz (welcher zwar von Haus aus Mässigkeit bedeutet, in England aber heutzutage für Totalenthaltsamkeit gebraucht wird) und seine Uebersetzung mit Mässigkeit die Meinung des Verfassers, der doch offenbar von dem therapeutischen Wert der Totalabstinenz überzeugt ist, in ihr Gegenteil verkehrt und — wenigstens nach dem Wortsinn — zu einer objektiven Unrichtigkeit. In Deutschland kann unter „einem Mässigkeitsverein" nur „der Mässigkeitsverein" oder „Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke" verstanden werden. Dieser aber legt seinen Mitgliedern keinerlei Beschränkung in der Qualität der Getränke auf, hat sehr wenig direkten persönlichen Einfluss auf seine Mitglieder und ist daher ungeeignet, geheilten Trinkern den nötigen Rückhalt zu geben. Vielmehr sind hierzu, wie alle Kenner zugeben, nur die Abstinenzvereine (Guttemplerorden und Blaues Kreuz) imstande, und sie sind auch die Hauptursache der Erfolge Burghölzlis und Ellikons gewesen.

Dies bringt uns auf eine zweite Behauptung Oppenheims. „Am ehesten ist das Ziel durch Behandlung in einer Anstalt zu erreichen, aber es ist eine lange Zeit dazu erforderlich." Die erste Hälfte des Satzes wird allein schon durch jene Trinker widerlegt, welche erfolglos in einer Anstalt gewesen sind, aber durch den Eintritt in einen Abstinenzverein dauernd geheilt werden. (cf. „Statistik d. Anstaltsbeh." v. Möli, A. Z. f. Psychiatr. LVIII, 4.) Damit soll nicht bestritten werden, dass für viele schwere Fälle die Anstalt nicht zu entbehren ist. Aber man kann nicht energisch genug darauf hinweisen, dass dieselbe für leichtere Fälle häufig völlig überflüssig, vielleicht sogar schädlich und demoralisierend ist, indem den Kranken ein Schwächegefühl suggeriert wird.

Auf die Dauer der Internierung kommt nicht soviel an, als man glaubt; das Wichtigste ist vielmehr eine mässige Abstinenzsuggestion zu geben, welche allerdings nur in abstinenten Anstalten mit abstinentem Personal in idealer Weise möglich ist. Speciell bei Deliranten ist es erfahrungsgemäss nicht selten möglich, sie nach 14 tägiger Anstaltsbehandlung dauernd vom Alkoholismus zu befreien. Die Hauptsache ist nur, dass man sie in einen Abstinenzverein bringt. Darauf hat ja auch letzthin Möli auf Grund seiner Erfahrung hingewiesen.

Soviel zur Richtigstellung. Wir hielten diesen weitläufigen Hinweis nicht für überflüssig, da in jedem einzelnen Fall von Alkoholismus die Abstinenz von grösserer Wichtigkeit sein wird, als noch so wirksame symptomatische Mittel, mögen sie nun Sperminum-Poehl, Tartarus stibiatus oder Bromkali heissen.

Bolte (Bremen).

Bei Fr. Grabow in Hamburg erschien jüngst eine kleine Broschüre von Anton Hollms und Alfred Möller: Irrenhaus oder Privatpflege? Wie erkennt man Geistes- und Nervenkrankheiten? Wie behandelt

man die Geistes- und Nervenkranken? Als ich die Broschüre, deren Umschlag auf einer Abbildung einen keulenbewaffneten Mann im Kampf mit einer Schlange darstellt, zur Hand nahm, vermutete ich darin irgend ein Produkt der Hintertreppenlitteratur, ein gegen die Irrenärzte gerichtetes Machwerk. Allein meine Vermutung war falsch. Die populäre Abhandlung ist gut und weitester Verbreitung wert. Sie bekämpft in klaren und leicht verständlichen Ausführungen die bekannten Vorurteile gegen Irrenärzte und Irrenanstalten, ermahnt das Publikum zu möglichst rascher Verbringung akuter Kranker in die Anstalten und giebt richtige Ratschläge über das, was mit dem Kranken bis zu seiner Aufnahme in die Anstalt geschehen soll. Einige kleine Unrichtigkeiten, welche sich an manchen Stellen bemerkbar machen, sind unwesentlich. Man empfehle die Schrift in Laienkreisen! Gaupp.

Der von Mendel und Jacobsohn redigierte Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie, Bd. IV, Bericht über das Jahr 1900, ist im Dezember 1901 erschienen. Dieser IV. Band ist erheblich kleiner geworden; während der I. Band noch 1508 Seiten zählte, weist der IV. Band nur noch 1135 Seiten auf. Die Zahl der aufgeführten Nummern ist aber nicht geringer geworden; dagegen ist die Zahl der Arbeiten, die nur angeführt, aber nicht referiert sind, bedeutend gewachsen. In manchen Abschnitten ist weitaus die Mehrzahl der angeführten Arbeiten nicht besprochen! Leider gewinnt man nicht den Eindruck, als ob bei der Auswahl dessen, was besprochen wurde, immer nur der wissenschaftliche Wert der Arbeiten massgebend gewesen wäre. Sehr viele wertlose und unreife Arbeiten werden eingehend besprochen, während über manches Gute gar nicht berichtet wird. Auch sind nicht alle Arbeiten aufgeführt. Der Zweck des Unternehmens, einen vollständigen Ueberblick über die neurologische und psychiatrische Litteratur zu geben, ist also bis jetzt noch nicht erreicht. Der Jahresbericht unterscheidet sich von den referierenden Zeitschriften hauptsächlich durch die bequeme und übersichtliche Gruppierung des ganzen Stoffes nach dem Prinzip, inhaltlich Verwandtes zusammenhängend darzustellen. Auffallend ist, dass manche grössere Werke, selbst solche von hervorragender Bedeutung (z. B. Wernickes Lehrbuch) garnicht erwähnt werden.

Gaupp.

Kongress für innere Medizin.

Man schreibt uns:

Vom 15.—18. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Naunyn-Strassburg der 20. Kongress für innere Medizin tagen. Die Sitzungen finden im weissen Saale des Curhauses statt. Das Bureau befindet sich neben dem Eingange des Curhauses. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes aktuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: Diagnose und Therapie des Magengeschwüres (Referenten die Herren Ewald (Berlin) und Fleiner (Heidelberg) und: Die Lichttherapie (Referent Herr Bie (Kopenhagen).

Ausserdem haben folgende Herren Einzelvorträge angemeldet: Herr Kaminer (Berlin): Ueber die Beziehungen zwischen Infektion und der Jod-

reaktion in den Leucocyten; Herr Ziemssen (Wiesbaden): Zwei Aortenaneurysmen; Herr Rumpf (Bonn): Zur Entstehung des Coma diabeticum; Herr Paul Lazarus (Berlin): Die Bahnungstherapie der Hemiplegie; Herr Manasse (Karlsruhe): Ferratose und Jodferratose; Herr Köppen (Norden): Die tuberkulöse Peritonitis und der operative Eingriff; Herr Poehl (St. Petersburg): Der Ersatz der intravenösen Kochsalzinfusionen durch Klysmen aus künstlicher physiologischer Salzlösung; Herr Ad. Schmidt (Bonn): Zur Pathologie des Magengeschwüres; Herr Friedel Pick (Prag): Ueber den Einfluss mechanischer und thermischer Einwirkungen auf Blutstrom und Gefässtonus.

In der „Umschau" (30. XI. 1901) macht W. von Tschisch in einem Aufsatze „Die Verbrechertypen in Dostojewskis Schriften" darauf aufmerksam, dass der russische Dichter schon vor dem Auftreten der italienischen Anthropologen in seinen Romanen die verschiedenen Arten von Verbrechern beschrieben hat. In dem Buche „Aus dem Totenhause" finde man den geborenen Verbrecher, in der Erzählung „Der ehrliche Dieb" den zufälligen Verbrecher; in den Romanen „Der Idiot" und „Der Gatte" werde der Verbrecher aus Leidenschaft geschildert, in den „Besessenen" der anarchistische und nihilistische Fanatiker. Und endlich enthalten die grossen Dichtungen „Schuld und Sühne" und „Die Brüder Karamasow" treffliche Charakterschilderungen geisteskranker Verbrecher (Rasskolnikow und Smerdjakow). G.

Die Redaktion des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie bittet sämtliche Mitarbeiter, künftig alle Beiträge (Originalartikel, Vereinsberichte, Referate, Kritiken, Notizen) an Privatdozent Dr. Gaupp in Heidelberg, Bergheimerstrasse 56, zu senden.

Um spontane Einsendung von Separatabzügen, Personalnotizen etc. an die Redaktion **Privatdozent Dr. Gaupp, Heidelberg,** wird gebeten.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Südende-Berlin und Leipzig.

XXV. Jahrgang. **1902 März.** Neue Folge. XV. Bd.

I. Originalien.

I. Versuche mit zellenloser Behandlung und hydrotherapeutischen Massnahmen.

Aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus.

Von **W. Alter**, Assistenzarzt.

In seinen „Bemerkungen zur Frage der sogenannten zellenlosen Behandlung“*) erwähnt Herr Neisser, dass ich bei der Durchführung der zellenlosen Behandlung in der Pensionsabteilung der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt auch an „verpfuschten, alten Fällen“ einige Erfolge aufzuweisen hatte. Im Anschluss hieran und um einer vielleicht missverständlichen Auffassung und Beurteilung der fraglichen Experimente vorzubeugen, halte ich es für angebracht, trotzdem ich erst über eine relativ kurze Zeit berichten kann, einiges über meine Versuche mitzuteilen. Es kommt dazu,

*) Psychiatrische Wochenschrift, Nr. 44.

dass es sich dabei nicht um eine durch vermehrten Gebrauch narkotischer Mittel angebahnte Beseitigung der bisherigen Isolierungen gehandelt hat, sondern in erster Linie um einen zwar nicht prinzipiell, aber doch in möglichst grossem Umfang durchgeführten Ersatz der medikamentösen Behandlung durch hydrotherapeutische Massnahmen. Und entschiedene Erfolge mit diesem ja noch verhältnismässig jungen Régime — auch bei seit Jahren isolierten Kranken — dürfen wohl auf einiges Interesse rechnen.

Das in Frage kommende Krankenmaterial bildeten zum überwiegenden Teil ältere, vielfach recht schwierige und unangenehme Patienten, die in ihrem Verhalten mehr oder weniger laut, unzugänglich und unsauber waren und fast durchweg zu Gewaltthätigkeiten neigten. Als ich die Abteilungen übernahm, waren — den alten Aufnahmebedingungen der Pensionsanstalt entsprechend — alle Kranken (54) in eigenen Zimmern untergebracht. Nur schliefen auf der Herrenabteilung zwei, auf der Damenabteilung drei verblödete Kranke zusammen; zwei unruhige Damen lagen, ohne dauernde Aufsicht, in einem grossen Zimmer zu Bett. Auf der Herrenabteilung waren vier Patienten isoliert, vier andere ganz unzugänglich und unsozial; auf der Damenabteilung waren ausser den beiden oben erwähnten noch fünf Kranke in entweder ganz kahlen oder dürftig ausgestatteten Einzelzimmern eingeschlossen: dazu kam noch eine alte Paranoika, die durch relatives Gewährenlassen in ihrem Verhalten und Aeussern recht reduziert und verwahrlost war. Von diesen 16 Kranken, die beinahe ein Drittel des Gesamtkrankenbestandes der Pension ausmachten, waren zehn dauernd mehr oder weniger gewaltthätig, zerstörungssüchtig und unsauber; sie schmierten mit Kot und Urin und wurden durch lautes Toben zeitweilig für die anderen Kranken höchst lästig und störend. Als Sedationsmittel dienten dann neben der Isolierung fast ausschliesslich medikamentöse Einwirkungen.

Anfänglich arbeitete ich in der überlieferten Weise weiter. Mitte September versuchte ich dann — zuerst nur im Interesse eines neu aufgenommenen, verwirrten und erregten Paralytikers, der von vornherein aggressiv und unsauber war und unter dem Einfluss der Isolierung rasch noch weiter verwahrloste — mir eine kleine Bettstation von vier Betten einzurichten. Zu ihrer Belegung musste ich mangels geeigneter Patienten auch zwei der erwähnten, bis dahin isolierten Kranken verwenden. Der eine von ihnen (J.-No. 765) war seit Jahr und Tag in einer besonders festen Zelle eingeschlossen; ihre Ausstattung bestand nur aus einem Kastenbett und einem Nachtstuhl, den der Patient häufig zertrümmerte und selten benutzte. In den ersten Tagen der Zusammenlegung suchte ich durch Medikamente Ruhe und Ordnung zu schaffen. Ich gab Paral-

dehyd, bis zu 15 gr täglich, auch Chloral und Trional in refraktären oder einmaligen grösseren Dosen. Einspritzungen vermied ich. Ich gewann jedoch sehr bald die Ueberzeugung, dass ich so nicht zum Ziele kommen würde und begann nun, angeregt durch die Veröffentlichungen Kraepelins und seiner Schüler, die Patienten mit täglich zwei bis drei, je $1^1/_2$—2 — 3 Stunden ausgedehnten Bädern zu behandeln. Der Erfolg der Bäder war ausgezeichnet — bei dem Paralytiker, wie bei den alten Fällen. Ich konnte beinahe augenblicklich mit der Darreichung von Medizin aufhören. Die Nächte wurden gut, Nahrungsaufnahme und Körpergewicht hoben sich, die aggressiven und destruktiven Tendenzen schwanden, die Unsauberkeit, das Schmieren mit Kot etc. hörte auf. Die immer noch gelegentlich eintretenden Erregungszustände wurden durch Bäder coupiert: schon nach 14 Tagen konnte ich die Patienten wiederholt in den Garten schicken. Dieser günstige Erfolg ermutigte mich zu weiteren Versuchen mit bis dahin isolierten Kranken. Bei der Uebernahme der Damenabteilung fand ich eine Kranke mit manisch-depressivem Irresein vor (J.-No. 657), die seit 13 Jahren hochgradig maniakalisch und fast ebensolange — mit nur einer kurzen Unterbrechung — isoliert war. Sie war vollkommen verwahrlost, hatte nur eine Matratze im Zimmer, litt nur selten ein Hemd, zerriss und zerstückelte alles, was sie bekam, war meist unsauber, vielfach gewaltthätig und oft tobsüchtig. Ich legte sie am 28. X. 1901 nach einer dreiwöchentlichen Beobachtungszeit mit einer anderen, gleichfalls bis dahin isolierten und recht unangenehmen Kranken zusammen. Bäder konnte ich aus äusseren Gründen nicht sofort anordnen — die Warmwasserleitung versagte im entscheidenden Augenblick — der grosse Wert der Einpackungen war mir damals noch unbekannt. Ich gab also auch hier anfangs Medizin. J.-No. 657 erhielt in den ersten drei Tagen je eine Morphiumeinspritzung und $1^1/_2$ gr Chloral oder Trional. Es gelang mir zwar, die Kranke damit zur Not im Bett zu halten, ich brauchte aber dauernd zwei bis drei Wärterinnen für sie, die arg zerkratzt, gebissen und geschlagen wurden. Vom 4.—7. Tage konnte ich je $^1/_2$ Tag baden lassen: die Patientin wurde ruhiger, eine Wärterin genügte zur Aufsicht, die Kranke bekam nur abends je ein Gramm Chloral oder Trional. Am 4. XI. konnte wieder nicht gebadet werden: ich musste der Kranken im Laufe des Tages eine Morphiuminjektion, $^1/_2$ gr Trional und 10 Tropfen Scopolaminlösung (0,01 : 10,0) geben. Vom 5. XI. badete sie wieder regelmässig 6—8—10 Stunden, an Arznei erhielt sie von da an noch: am 5. XI. $^1/_2$ gr Trional, am 6. XI. 10 gtt. Scopolaminlösung, am 8. XI. $1^1/_2$ gr Trional, am 12. XI. eine Injektion, am 13. XI. das letzte Narkotikum: 1 gr Trional. Die

Kranke wurde ruhiger und zugänglich, sie blieb im Bett, fing an sich zu beschäftigen und hielt sich sauber und ordentlich. Es ist dann noch einmal ein passagerer Erregungsanfall aufgetreten, der durch eine Einpackung abgeschnitten wurde. Zu Weihnachten konnte die Patientin an der gemeinsamen Einbescheerung teilnehmen. Seit Anfang Januar ist sie in der Depression. Irgend welche schädliche Nachwirkungen von den ja auch keineswegs in besonders grossen Portionen verabreichten Arzneimitteln sind nicht beobachtet worden — nur hat die Kranke, was ja keine Seltenheit ist — nach den Morphiumeinspritzungen mehrfach Erbrechen gehabt. Die zweite Patientin (J.-No. 646) hat nur in den ersten Tagen etwas grössere Arzneidosen erhalten, als sie ohnehin bis dahin bekam, im Ganzen aber wesentlich weniger als No. 657. Sie ist dann mit durchschnittlich 3—5 gr Paraldehyd ausgekommen. Bei 5 anderen Damen wurde die Gewöhnung an Bettruhe, Ordnung und Sauberkeit ausschliesslich durch permanente und protrahierte Bäder und Einpackungen erreicht. Nur bei einer Frau v. S. (J.-No. 790) musste ich aus Rücksicht auf die Nachtruhe der anderen Kranken wiederholt zu Injektionen greifen, die sie aber im Verein mit mehreren 36—48stündigen Bädern aus einer der störrischsten und unangenehmsten Patientinnen zu einer leidlich ruhigen und umgänglichen Bettkranken gemacht haben. Ganz analog waren die Resultate auf der Herrenabteilung. Auch da ist es mir gelungen, die Zellenbehandlung vollständig zu beseitigen und überall offene Zimmer zu schaffen. Bei einem 78jährigen Arteriosklerotiker und einem nicht störenden und sauberen Paranoiker habe ich mich damit begnügt. Die anderen 6 früher isolierten oder untraitablen Kranken liegen jetzt zu Bett, teils noch in einer gemeinschaftlichen Bettstation, teils schon wieder in mit einander kommunizierenden eigenen Zimmern. Sie halten sich sauber, sind durchweg zugänglicher, zum Teil sogar recht höflich und artig geworden und haben sämtlich nach einem kurzen Abfall in der Uebergangszeit an Gewicht zugenommen. Soweit sie urteilsfähig sind, sehen sie alle die jetzige Situation als eine angenehmere und behaglichere an. Freilich unterstehen sie, ebenso wie die Kranken der Damenabteilung, noch dauernd einer entsprechenden Wasserbehandlung. Aber ich vermochte doch in der relativ kurzen Zeit von $2^1/_2$ Monat alle bis dahin isolierten Kranken an Ordnung und Sauberkeit zu gewöhnen und sie zu ruhigen oder doch traitablen Insassen der Bettabteilungen zu erziehen und zwar ausser bei den erwähnten 4 Kranken nur durch Bäder und Einpackungen — ohne Narkotika.

Natürlich sind die hierbei gewonnenen Erfahrungen dann auch frischen Fällen zu Gute gekommen, von denen ich noch einige besonders

charakteristische kurz skizzieren will. Drei Paralytiker wurden uns in heftigem Exaltationsstadium eingeliefert. Sie waren verwirrt, ungeordnet und unsauber, körperlich sehr heruntergekommen. Schlaf und Nahrungsaufnahme waren ganz schlecht. Einer von ihnen hatte kurz vor der Aufnahme einen Krankenwärter zu erwürgen versucht, destruktive Neigungen hatten sie alle drei. Bei zweien versuchte ich zuerst je 14 Tage lang den Zustand nur durch Schlafmittel und Bettruhe günstiger zu gestalten: Der Schlaf blieb schlecht, das Körpergewicht sank weiter ab. Nun ordnete ich bei dem einen systematische Einpackungen (zweimal täglich zwei Stunden), bei dem anderen permanente Tagesbäder von 12—14 Stunden an. Der Erfolg war frappant: Der Appetit hob sich, die Körpergewichtskurve stieg an, die Patienten wurden sauber und ruhig und — die Nächte waren besser als mit Medizin. Der dritte Paralytiker, der schwer beängstigt war, wurde von vornherein, 16 Tage lang mit permanenten Tagesbädern behandelt und erhielt nur in den ersten acht Tagen abends je ein Pulv. Doweri à 0,3. Auch er wurde nach wenigen Tagen ruhig und sauber, wird jetzt seit Wochen regelmässig täglich zweimal eingepackt und ist nur noch einmal, nach einer Untersuchung, ganz vorübergehend erregt gewesen. — Anfang August ging uns ein Fall von manisch-depressivem Irresein in flotter Manie zu, der übrigens vielleicht auch in ätiologischer Beziehung von Interesse ist: Der Kranke hat ein Jahr vor dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen eine Betäubung durch Blitzschlag erlitten. Im Anschluss an das Ausbleiben eines erwarteten Besuches trat bei ihm — am 20. Oktober 1901 — ein schwerer manisch-deliriöser Anfall auf. Ich hatte damals noch wenig Erfahrungen über die permanenten Bäder und isolierte den Kranken. Es entwickelte sich nun ein höchst unerfreulicher Zustand. Der Patient war Tag und Nacht laut, schmierte und warf mit Kot und war schwer aggressiv gegen mich und das Personal. Er riss die angeschraubte eiserne Bettstelle vollständig auseinander, zertrümmerte Läden und Fenster u. s. w. Von irgend welcher Behandlung war bei diesem Zustand natürlich keine Rede. Narkotika nahm er zwar manchmal, sie waren aber selbst in den grössten Dosen anfangs absolut ohne Effekt; auch später war ihre Wirkung sehr gering. Nach 14 Tagen gingen die schwersten Erscheinungen zurück. Ich begann nun sofort mit prolongierten Bädern und liess die Arzneien ganz fort. Schon nach drei Tagen konnte der Patient auf die Bettabteilung verlegt werden, ohne dass es zu Unzuträglichkeiten kam. Unter einer fortgesetzten ausschliesslichen Badebehandlung flachte die Erregung ziemlich rasch weiter ab — am 21. November bezog der Kranke wieder ein eigenes Zimmer. Am

4. Dezember recidivierte der Anfall in gleicher Form und aus gleicher Ursache. Ich wartete zunächst einen Tag ab, wieder erwiesen sich die Narkotika vollkommen machtlos. Der Patient wurde sofort wieder laut, gewaltthätig, unsauber und schlaflos und liess sich nur mit Gewalt im Bett halten. Am nächsten Tage kam der Kranke ins permanente Bad, in dem er bis zum 7. Dezember abends — Tag und Nacht durch — blieb: er war noch verwirrt, aber ruhig und leidlich zugänglich. Unter regelmässigen Tagesbädern — bei wieder aufwallender Erregung blieb er auch noch einigemale nachts im Wasser — wurde er auch bald wieder geordnet und ist seitdem in seinem Verhalten durchaus beherrschbar geblieben. Sehr interessant ist seine Körpergewichtskurve: während der Kranke im ersten Anfall um zwölf Pfund abgenommen hatte, hat er im permanenten Bade an Gewicht zugenommen.

Zur Zeit ist in der Pensionsanstalt kein Patient mehr isoliert, keiner liegt hinter geschlossener Thür oder hinter geschlossenen Fensterladen. Von Kranken, die ihrem Zustande nach auf die Bettabteilung gehören, liegen allein — aber im Bett und im eingerichteten, offenen Zimmer — eine verblödete Dame, die durch seit Jahren bestehendes, schreiendes Verbigerieren für andere Kranke unerträglich wird, und ein phthisischer Paralytiker, der aber in seinem Verhalten ruhig und sauber ist und nur aus Rücksicht auf die anderen Kranken separiert wurde. Beide werden mit Einpackungen behandelt. Nahrungsaufnahme und Nächte sind gut.

Zu arzneilichen Beruhigungsmitteln habe ich, seit ich mich von den Vorzügen der Einpackungen und permanenten Bäder überzeugt habe, immer seltener gegriffen. Während z. B. vom 20. bis 30. Oktober v. Js. bei 55 Kranken folgende Medikamente verabreicht wurden: 14 gr Trional, 3 gr Sulfonal, 3 gr Chloral, 12 gr Chloral mit Morphium, 8 Morphiumpulver à 0,01, 4 Injektionen, 4 Dower'sche Pulver, 94 gr Paraldehyd, 160 gr Brom — habe ich vom 8. bis 28. Januar 1902 — also in einem doppelt so langen Zeitraum nur zwei Scopolamineinspritzungen gemacht und zweimal je zehn Tropfen Scopol.-Lösung verordnet. Ausserdem erhält nur eine alte Paranoische, die seit Jahren daran gewöhnt ist und bei der die Entziehung durch nichts indiziert erschien, täglich 2—3 gr Paraldehyd. Dabei ist die Zahl der Bettlägerigen und — ohne geeignete Massnahmen — unruhigen und schlaflosen Kranken jetzt noch etwas grösser als damals. Auch wenn man den Schaden der Narkotika ganz gering anschlägt, bleibt dieses Resultat, das nur der konsequenten Durchführung der Wasserbehandlung zu danken ist, höchst erfreulich. Um es zu erreichen, mussten allerdings hydrotherapeutische Prozeduren in grosser Zahl verabfolgt werden — z. B. vom 1. bis 28. Januar 1902 174 Bäder

zu zwei Stunden, 41 Bäder zu vier, 14 Bäder zu sechs Stunden, 111 Tagesbäder, 18 Nachtbäder und 531 Einpackungen — ohne die regelmässigen Reinigungsbäder. Sehr zu statten kam mir dabei, dass mir für die Pension sechs feste und drei transportable Badewannen in drei Badezimmern zur Verfügung standen, d. i. eine Wanne auf etwa sechs Kranke — ein Verhältnis, wie es gleich günstig wohl selbst in Kliniken kaum zu finden und auch sicher nicht erforderlich ist. Ungünstige Erfahrungen habe ich bei den zahlreichen permanenten Bädern nicht gemacht. Trotzdem unter den badenden Kranken zwölf Patienten mit nicht intaktem Herzen waren, habe ich keinen Kollaps beobachtet. Für zwei Furunkulosen kann die Badebehandlung kaum verantwortlich gemacht werden, denn ich liess von Anfang an im Dauerbade prinzipiell das Badewasser alle vier bis sechs Stunden vollkommen erneuern. Uebrigens heilten sie im Bade unter Karbolquecksilberpflaster ohne Incisionen aus. Dagegen sind drei an sich leichte Fälle von Decubitus bei Paralytikern im Bade entstanden — wohl durch Druck und Reiben an dem etwas rauhen Boden unserer Zinkwannen. Seitdem habe ich es mir zur Regel gemacht, alle Paralytiker von vornherein und alle übrigen Kranken, falls sie länger als vier Stunden gebadet werden, auf ein in der Wanne ausgespanntes Laken zu legen: Decubitus ist danach nicht mehr aufgetreten. Die Temperatur der Bäder wird zwischen 34 und 35 ° C. gehalten — bei hinfälligen und anämischen Kranken bin ich bis 36 ° gegangen. Die Nahrungsaufnahme im Dauerbade war stets gut und reichlich, durchweg besser, als bei Bettruhe mit Arzneien. Nur zwei überhaupt abstinente Kranke mussten auch im Bade gefüttert werden. Im Nachtbad haben die Patienten meist gut geschlafen; nur selten waren sie vorübergehend laut, ganz schlaflos nie. Allen badenden Patienten werden Hände und Füsse eingefettet, die Wannen werden mit Leintüchern bedeckt, die Badezimmer selbst, je nach Bedarf, durch Rollschutzwände geteilt. Ununterbrochene Aufsicht durch zuverlässiges Personal ist natürlich notwendig, mit wenigen Ausnahmen genügte aber eine Wartperson für vier badende Kranke. Herausdrängen aus dem Bade habe ich sehr selten gesehen: fast immer blieben die Kranken trotz gelegentlichen Schimpfens ruhig im Wasser liegen, mehrfach beschäftigten sie sich im Bade mit Lektüre, Geduldspielen etc. Als ein ganz vorzügliches Beruhigungs- und Schlafmittel haben sich mir auch die Einpackungen — 33—35° C — erwiesen, sie wirken vor allem bei schlaflosen, unruhigen Paralytikern oft wahre Wunder. Aber auch sonst habe ich sie oft und nie erfolglos verordnet. Von den Kranken, die ja dabei im Bett und Zimmer bleiben können, werden sie meist den Bädern vorgezogen. Auf den Schlaf und vor allem auf den Appetit

haben sie häufig eine noch günstigere Wirkung, als die Bäder. Vollkommen abstinente Kranke assen nach Einpackungen wiederholt spontan und reichlich. Als Schlafmittel bei schlaflosen, ruhigen Kranken sind die Einpackungen nach meiner freilich kurzen Erfahrung fast allen Arzneien überlegen. Als Zwangsmassregeln sind sie von den Kranken nie empfunden worden — natürlich wurden sie auch nie als solche benutzt.

Leider hat nur das ganze hydrotherapeutische Régime einen grossen Nachteil: es stellt an die Zahl und an die Leistungsfähigkeit des Personals grosse Anforderungen. Seine Anwendung in einem Umfange, wie in der hiesigen Pension wird wohl eben immer nur bei gerade nach dieser Richtung hin exceptionell günstigen Verhältnissen möglich sein. Ich hatte eine Wartperson auf 2,4 Kranke zur Verfügung, in unseren öffentlichen Anstalten kommt eine Wartperson auf sieben bis neun Kranke! Aber trotzdem werden sich hoffentlich auch in den öffentlichen Anstalten die Dauerbäder und die Einpackungen immer mehr einbürgern — auf den unruhigen Abteilungen der hiesigen öffentlichen Anstalt sollen schon im Frühjahr je vier Wannen aufgestellt werden. Uebrigens hat sich das Personal an das neue System sehr rasch gewöhnt — selbst die häufigen Nachtwachen erfreuen sich, seitdem mit ihnen die Vorteile verlängerten Ausganges verbunden sind, einer entschiedenen Beliebtheit.

Darf ich mir also trotz der Kürze der Berichtszeit schon ein einigermassen abschliessendes Urteil erlauben, so glaube ich versprechen zu können, dass es auch in Zukunft gelingen wird, in der hiesigen Pensionsanstalt bei einem Festhalten der hydrotherapeutischen Methode ohne Zellen und Isolierungen und mit einer sehr bedeutenden Reduktion der arzneilichen Beruhigungsmittel auszukommen — sicher nicht zum Nachteil unserer Kranken!

II. Die Scheu vor fremdem Blicke.

Von Professor **Dr. W. v. Bechterew.**

Im Verlaufe schwerer Neurasthenien habe ich mehrfach eine höchst eigentümliche Scheu vor fremdem Blicke beobachtet, die in der Weise sich äussert, dass die betreffenden Kranken den Blick dritter Personen nicht einmal während ganz kurzer Zeit auszuhalten vermögen und deshalb mit allen Mitteln den Anblick eines fremden Auges zu vermeiden bemüht sind. Fühlen sie sich während einer Unterhaltung von jemandem fixiert, so wenden sie das Auge sofort ab. Sieht man ihnen gerade in das Antlitz, so lassen sie den Blick sinken und empfinden dabei ein ausserordentliches Unbehagen.

Dieser ihrer Angst vor fremdem Blicke sind sich die erwähnten Kranken selbst gewöhnlich wohl bewusst, ohne für das merkwürdige Symptom irgend eine Erklärung geben zu können. Manche Patienten geben an, fremder Blick übe auf sie eine Art magischer Wirkung aus; hier scheint es, als wenn hypnotische Beeinflussung gefürchtet wird. In anderen Fällen erhält man die Erklärung, der Kranke fürchte, es könnte sein Auge dritten Personen als nicht normal erscheinen und daran sein Krankheitszustand erkannt werden.

Als Beispiele gerade dieser Art könnte ich eine Reihe unlängst von mir behandelter Fälle anführen.

Einer dieser Kranken, ein 27 Jahre alter Volksschullehrer namens B., kam im Mai 1900 in meine Behandlung mit der Klage über Unfähigkeit, fremden Blick zu ertragen. Diese „Blickscheu", wie der Kranke sich ausdrückt, tritt ein, wenn er glaubt, beobachtet zu werden, sei es in der Kirche oder wenn er in der Schule seinen Vortrag beginnt. In solchen Fällen erfasst ihn ein Zustand der Aufregung, beginnend mit einer Empfindung von Kitzeln an den Oberarmen, es gesellt sich dazu ein Gefühl von Schwäche in den Armen und Beinen, Herzklopfen, eine Empfindung von Druck am Halse und schliesslich allgemeines Zittern, worauf der Anfall unter reichlichem Schweissausbruche vorübergeht. Die Gesamtdauer solcher Anfälle beträgt ca. 5 Minuten. Die ersten Anzeichen des Leidens sind vor etwa 8 Jahren aufgetreten. Anfänglich empfand der Kranke eine Art Unbehagen, wenn er sich beim Schreiben beobachtet fühlte. Vor 6 Jahren stellte sich sodann unter dem Einflusse seelischer Erregung der erste Anfall ein. Während des Unterrichtes hatte sich eines Tages dem Kranken ein ihm höchst unsympathischer Mensch unerwartet genähert. Dies hatte auf den Kranken, wie er selbst erzählt, eine derartige Wirkung, dass er am ganzen Körper zu zittern begann und einige Zeit lang sprachlos dastand. Dann kam er in Schweiss, beruhigte sich und vermochte weiter zu schreiben. Späterhin wiederholten sich solche Anfälle bei den verschiedensten Gelegenheiten, die zu seelischer Erregung Anlass gaben. Besonders heftige Anfälle hatte der Kranke in der Kirche oder sonst an öffentlichen Orten, wo er sich beobachtet sah; Anwesenheit vorgesetzter Personen, Besuch grosser Gesellschaften oder sonstige Gelegenheiten, bei denen man Gegenstand fremder Aufmerksamkeit wird, rufen bei unserem Kranken jedesmal einen Anfall hervor. Hingegen in Gesellschaft von Bekannten fühlt der Kranke sich ruhiger, insbesondere wenn er sich in Gesellschaft nur einer einzigen Person befindet. Auch ausserhalb seiner gewöhnlichen Umgebung, beispielsweise bei Besuchen in Petersburg, fühlt der Kranke sich etwas besser, solange

er Verkehr mit Fremden vermeidet. Dagegen stellt sich bei Begegnungen mit unbekannten Personen immer wieder ein Anfall ein. Ein einziger Blick seitens eines Fremden genügt, um den Kranken in einen Zustand der Erregung zu versetzen, welcher in ihm ein Gefühl von Druck in der Kehle und Zittern hervorruft.

Der Kranke ist hereditär belastet: die Mutter nervös, schwindsüchtig; der Vater gesund, aber Trinker, eine Schwester sehr nervös, eine Grossmutter hysterisch. Die Kindheit des Patienten verlief unter ungünstigen Familienverhältnissen. Hysterische Anfälle sind bei ihm nie vorgekommen. Der Kranke trägt eine Schutzbrille, ohne welche er sich, zumal bei greller Beleuchtung, nicht wohlfühlt. Im Zimmer verhängt er die Fenster. Von seinem Zustande fühlt der Kranke sich in einem Grade belästigt, dass er seine bisherige Thätigkeit als Volksschullehrer aufzugeben und eine neue zu suchen sich gezwungen sieht. Objektiv sind ausser Steigerung der Patellarsehnenreflexe keine Veränderungen bei dem Kranken nachzuweisen. Eine Behandlung hat infolge alsbaldiger Fortreise des Kranken aus St. Petersburg nicht stattfinden können.

Ein anderer Kranker, ein hochintelligenter junger Mann, der sich für die akademische Laufbahn vorbereitete, kam in meine Sprechstunde mit Klagen über Unvermögen, fremden Blick auszuhalten, ein Umstand, der ihn mit Rücksicht auf seine zukünftige Thätigkeit schwer beunruhigte. Besonders unerträglich sind ihm schwarze Augen. Von fremdem Blick getroffen, fühlt der Kranke sich sofort verwirrt, in der Meinung, andere könnten ihn an den Augen als krank erkennen. In fremden Augen glaubte er manchmal abnorme Erweiterung der Pupillen oder eine besondere Unbeweglichkeit und Starrheit des Blickes wahrgenommen zu haben. Er kommt selbst zu dem Schlusse, alles dies sei nur Schein, sei in Wirklichkeit nicht vorhanden, sondern erscheine ihm nur so infolge seines Krankheitszustandes, welchen Fremde ihm sofort an den Augen ansehen. Den Blick Nahestehender oder Bekannter verträgt er im allgemeinen besser, vermag denselben aber ebenfalls nicht längere Zeit auszuhalten. Selbstverständlich beunruhigt dieser Zustand den Kranken in hohem Grade und bildet für ihn einen Gegenstand unausgesetzter Sorge.

Folgender von dem Kranken selbst zusammengestellter Bericht ist ausserordentlich charakteristisch für den Zustand desselben:

„Meine innere Unruhe, an der ich leide, wird ausschliesslich durch Scheu vor fremdem Blicke hervorgerufen. Wenn ich Jemand ansehe und einen unnatürlichen Augenausdruck an ihm zu bemerken glaube, so wende ich unwillkürlich mein Auge ab und gerate meist in Befangenheit.

„Ursache dieser letzteren ist das Bewusstsein, das Unnatürliche in

dem fremden Blicke sei etwas, was mir nur so erscheint; ich sei also krank und dies sei anderen wahrnehmbar und zwar vielleicht gerade infolge von Abnormität meines eigenen Blickes.

„Deshalb suche ich den Blick dritter Personen zu vermeiden und werde dabei im höchsten Grade misstrauisch, indem ich manchmal fremdes Geflüster oder Lächeln auf meine Person beziehe.

„Jenes anfängliche leichte Befangensein steigert sich mit der Zeit natürlich immer mehr, sodass meine Lage mir bisweilen Entsetzen einflösst.“

Im übrigen konnte hier ausser den gewöhnlichen Symptomen der Neurasthenie nichts besonderes eruiert werden.

Auch objektiv liess sich nichts von Bedeutung nachweisen. Bezüglich der Verwandtschaft fehlen Angaben. Ich verordnete als Beruhigungsmittel Brom mit Codein, Tonica und Nervina (Bromchinin mit Valeriana in Pillen), Bäder und Abreibungen. Schon in kurzer Zeit trat bei solcher Behandlung erhebliche Besserung, ruhigere Gemütsstimmung ein. Da eine Weiterbehandlung unter meiner eigenen Beobachtung nicht möglich war, so erhielt Patient den Rat, durch hypnotische Behandlung oder systematische Autosuggestion die bestehende Scheu vor fremdem Blicke endgültig zu beseitigen.

In folgendem Falle fand sich Blickscheu, verbunden mit einer ganzen Reihe anderer neurasthenischer Symptome.

Ein 20 Jahre alter Jude, namens H., klagt über „Verwirrtheit“, die sich in der Scheu vor fremdem Blicke äussere. Der Kranke giebt an, nur wenn er erregt oder in etwas animierter Stimmung sich befinde, könne er anderen ins Auge sehen; anderenfalls fühle er sich sogleich verwirrt. In einem besonderen Bericht hat dieser Kranke auf meinen Wunsch seinen Seelenzustand näher dargelegt. Ich lasse denselben mit einigen entsprechenden Verbesserungen und Kürzungen behufs Schilderung des Krankheitszustandes hiermit folgen:

„Vor zwei und einem halben Jahre trat ich als Freiwilliger beim Militär ein. Nach dem ersten Dienstjahre erkrankte ich an Nesselfieber im Anschlusse an Erkältung (war in trunkenem Zustande ohne Kopfbedeckung bei kaltem Wetter ausgegangen). Als ich die Quaddeln des Nesselfiebers in verschiedenen Grössen, bald verschwindend, bald wieder auftauchend, an mir bemerkte, wurde ich sehr unruhig. Ich empfand Schwäche, Schwindel, Aufregung, Befangenheit und sich steigernde Unfähigkeit, einem Menschen gerade ins Angesicht zu sehen. Eine zweimonatige Hospitalbehandlung blieb erfolglos. Man fand bei mir Neurasthenie.

„Einen Monat nach meiner Entlassung aus dem Hospital liess das Nesseln allmählich nach, aber die Zeichen von Neurasthenie bestehen

noch heute fort. Meine Verwirrtheit, Neigung zu Aufregung und meine Scheu vor fremdem Blicke hat, wie ich glaube, infolge des Militärdienstes eine Steigerung erfahren. Wenn ich mit den Herren Offizieren sprach, stieg in mir die Furcht auf, dass meine Erregtheit, Verwirrtheit, meine gedrückte Gemütsverfassung und meine Blickangst von ihnen bemerkt werden könnte; zu Zeiten wurde ich dabei bleich im Gesicht, es stellte sich eine Art Befangenheit im Sprechen und Erschwerung der Atmung ein. An Stelle des Erblauens trat späterhin Erröten des Gesichtes. Noch heute empfinde ich, selbst in Gesellschaft von Kameraden, heftige Erregtheit, Befangenheit und Unfähigkeit, Jemandem gerade ins Auge zu sehen. Bemüht, alles dies zu unterdrücken und in mir zu verbergen, finde ich dennoch Zeiten, wo meine Anstrengungen versagen, und die Angst, die Kameraden könnten dies bemerken, treibt mir das Blut ins Gesicht. Das Erröten geht nach einiger Zeit vorüber. Das Gesicht nimmt dabei einen leidenden Ausdruck an. Ausserordentlich schlecht fühle ich mich, wenn von Onanie oder dem ähnlichen die Rede ist. Zu Zeiten steigert sich meine Verwirrung über alle Begriffe, und gewissermassen aus Scham und Angst, Jemand gerade anzusehen, bin ich unfähig weiter zu sprechen, und wenn ich trotzdem gezwungen bin, die Unterhaltung fortzuführen, so bin ich ausser mir und rede unklar und verwirrt. Meine Rede ist dabei trocken, befangen, kurz, mit Ruhepausen — mit einem Wort erschwert. Auch die Atmung ist behindert und beschleunigt; einem zuzuhören ist mir noch schwerer, als selbst zu sprechen. Spreche ich stehend, so beginnen die Muskeln unter dem Auge und die Lippen zu zittern. Bei langdauerndem Sprechen werden die Mundwinkel manchmal von innen trocken, wenig beweglich und erschweren, an die Zähne sich anlegend, das Sprechen. Infolgedessen muss ich mich bei einer Unterhaltung mit den Ellbogen stützen, die Lippen zusammenpressen, mit der Zunge schnalzen u. s. w. Am liebsten ist mir Unterhaltung mit näherstehenden, kaltblütigen, entschlossenen und gesprächigen Menschen. Wenn der Anstand ruhige Körperhaltung vorschreibt und ich es mit einem schweigsamen Gegenüber zu thun habe, fühle ich mich unbehaglich und vermag meine Befangenheit durch nichts zu unterdrücken. Bei einer Unterhaltung zu zweien ist mir wohler als in grosser Gesellschaft. Manchmal, wenn auch selten, fühle ich mich in Gesellschaft so munter, dass ich mich ziemlich lebhaft und kaltblütig auszusprechen vermag, aber dies ist immer nur von kurzer Dauer. Ein Meinungsaustausch erneuert meinen Mut und giebt mir Kraft, meine Ansicht zu verfechten. Im Anfange unterhalte ich mich mit aller Entschlossenheit und kann sogar scherzen, aber nach und nach wird es immer schlechter und schliesslich suche ich mich mit allen Mitteln loszumachen.

„In Gesellschaft erröte ich, wenn ich mehrere Blicke auf mich gerichtet sehe, oder wenn bei allgemeinem Schweigen ein gegenseitiger Austausch von Blicken stattfindet. In der Pferdebahn z. B., wo ein Gegenübersitzen unvermeidlich, empfinde ich eine hochgradige Zerstreutheit, Befangenheit und Leere; ich weiss nicht, wohin meinen Blick wenden, Thränen kommen mir in die Augen und ich muss mich ungeschickt entfernen. Mich an dem Anblicke eines Gegenstandes zu erfreuen oder in Gesellschaft vergnügt zu sein, vermag ich nicht. Nur ein lebhaftes Gespräch beruhigt mich, doch gebe ich mir dabei Mühe nicht hinzuhören. Infolge meines krankhaften Zustandes suche ich festliche Versammlungen und öffentliche Plätze zu vermeiden, da mich hier beständig fremde Blicke in Verwirrung bringen. Bei Begegnungen suche ich fremden Blicken zu entgehen, indem ich mich schnaube, eine Cigarette anrauche, Kehrt mache u. s. w. Ganz besonders ängstlich meide ich Begegnungen mit einem höheren Vorgesetzten, und nur wenn ich fest angesehen werde, ist mir das Reden leichter. Ueberhaupt kann ich einem festen Blicke am besten Stand halten, dagegen machen Personen mit befangenem oder unsicherem Blicke mich ebenfalls verlegen und unsicher, indem ihr Anblick mich in eine Art Lähmungszustand versetzt. Trifft mein Blick zufällig einen unerwartet Eintretenden, so empfinde ich geradezu einen Schmerz im Gehirn. Den Blick einer dritten Person vermag ich nicht im ersten Momente zu erfassen. Ist dies geschehen, so gebe ich mir nach Kräften Mühe, demselben Stand zu halten; um aber meinem Auge Ruhe zu geben, wende ich mich einem anderen Gegenstande zu, kann jedoch darauf das Auge nicht alsbald in seine anfängliche Stellung zurückbringen, d. h. meinem Gegenüber erneut in das Auge sehen, sondern nur ganz allmählich und mit Vorsicht, wobei ich zu ergründen suche, was den Betreffenden bewegt. Jeden mir in den Weg kommenden Menschen beobachte ich im Geheimen, um zu erkennen, ob derselbe von kaltblütigem, entschlossenem oder aufbrausendem Charakter sei.

Ich fühle, dass mein Blick immer etwas Krankhaftes verrät, wenn ich Aengstlichkeit oder sonst etwas Abnormes an dem Blicke eines Anderen wahrnehme. Während ich in ein fremdes Auge sehe, bin ich im Geiste ganz mit letzterem beschäftigt und habe deshalb für den eigentlichen Gang der Unterhaltung keinen Sinn. Ein regelmässiges entschlossenes Auge hat keinen derartigen Einfluss auf mich, verringert vielmehr mein Misstrauen und verleiht mir Mut. Auch beim Lachen kann ich ein fremdes Auge fester ansehen. Bei windigem Wetter bekomme ich starkes Augenthränen. In der Dämmerung steigert sich meine Augenscheu. Bei Lampenlicht ist mir ein wenig besser. Im

übrigen habe ich etwas Schmerzen in beiden Augapfeln, und in den Augenwinkeln sammelt sich eine weisse Flüssigkeit an. Die oberen Lider sind wenig beweglich. Mein rechtes Auge ist weitsichtig, mein linkes ganz kurzsichtig. In der rechten Hälfte des Hinterkopfes und Halses fühle ich eine Art Jucken und Drücken, doch keinen stärkeren Schmerz. Schmerzempfindlich ist die Bauchgegend gegen Druck. Zeitweise treten Schmerzen in der Herzgrube auf. Manchmal beobachte ich an mir Unregelmässigkeiten der Herzthätigkeit. Allgemeine Schwäche des ganzen Körpers, besonders der Beine. Schlaflosigkeit. Appetit schlecht. Etwa jede Woche einmal erfolgen nächtliche Pollutionen, begleitet von dem Traumbilde eines Frauenzimmers.

„Von einem schlecht erzogenen Individuum verleitet, onanierte ich vom 14. bis zum 16. Lebensjahre, gab dies sodann, durch ein Buch aufgeklärt, für immer auf, bekam aber im Alter von 17 Jahren nervöse Störungen in Gestalt von starkem Herzklopfen und Unruhe. Ich liess mich behandeln, es trat Besserung ein, aber eine gewisse Unruhe ist bestehen geblieben. Eine Lungenentzündung, die ich durchmachte, war von starkem Bluthusten begleitet. Von sonstigen Krankheiten habe ich Pocken, in der Kindheit Fieber u. s. w. gehabt. Geschlechtlichen Umgang übe ich jetzt selten, früher öfter. Bisweilen hatte ich beim Beischlaf vorzeitigen Samenabgang. Ich rauche Tabak, trank hin und wieder Schnaps und Bier. Im trunkenen Zustande fühle ich manchmal Besserung, d. h. mehr Kourage, manchmal aber auch Verschlimmerung meines Zustandes. Die Arznei, die Sie mir zu verschreiben die Güte hatten (Adonis, Brom und Codein), hatte sogleich insofern deutlichen Erfolg, als die Gesichtsröte verschwand, die Sprache lebhafter, das Auge anscheinend etwas beweglicher wurde, aber die frühere Angst vor fremdem Blicke besteht fort.

„Ich flehe Sie also, gnädigster und hochverehrter Herr Professor, an, vermöge der vom Allerhöchsten Ihnen verliehenen Wissensschätze mir mit Bezug auf Lebensweise, Behandlung u. s. w. alle Ihnen geeignet erscheinenden Verordnungen zu geben. Meine Leiden werden mir zu Zeiten bis zu völligem Lebensüberdrusse unerträglich.

„Meine Eltern sind gesund. Eine Schwester leidet an Nervenstörung".

Ausser den soeben angeführten drei Beobachtungen wäre hier noch zu nennen ein schon früher von mir beschriebener Fall von „Zwangslachen", wobei gleichzeitig Scheu vor fremdem Blicke zur Beobachtung gelangte.*)

*) Vgl. Obosrenije psichiatrii, Juni 1899.

Die Erscheinung der Blickscheu lässt sich den betreffenden Kranken nicht selten schon ohne weiteres ansehen. Häufig suchen sie ihr Auge hinter dunklen Schutzbrillen zu verbergen, und ist dies nicht der Fall, so kann man im Gespräche mit derartigen Kranken bemerken, wie sie beständig dem Blicke ihres Gegenübers auszuweichen bemüht sind.

Das Symptom ist im übrigen in schwächerer Ausprägung ziemlich verbreitet und kommt bei nervösen Personen überhaupt gar nicht selten zur Beobachtung. Allein in seinen höheren Graden bildet das Symptom der Blickangst eine Besonderheit schwerer Neurasthenieformen und verdient insofern selbstverständlich vollste Beachtung und Würdigung.

Worin aber wurzelt die psychologische Grundlage dieser eigenartigen Krankheitserscheinung? Bei intelligenten Leuten wird die Angst vor fremdem Blicke, wie wir sahen, manchmal begründet durch die Annahme, es könnte ihnen ihr Leiden an den Augen angesehen werden. Es handelt sich also gewissermassen um die Angst, von dritten Personen für krank gehalten zu werden. Allem Anschein nach aber ist dies ein einfacher Vorwand, von den Kranken ersonnen, um ihren Zustand zu rechtfertigen. Zudem wird diese Art Erklärung, wie ich mich überzeugen konnte, durchaus nicht von allen Kranken vorgebracht. Weitaus häufiger handelt es sich vielmehr um eine wirkliche Angst vor fremdem Blicke, hervorgerufen durch ein undeutliches Bewusstsein von der Möglichkeit einer magnetischen Beeinflussung durch das Auge dritter Personen.

Bekanntlich ist der Glaube an „bösen Blick" überaus verbreitet nicht nur unter dem einfachen Volke zu allen Zeiten und bei allen Nationen, sondern auch unter der gebildeten Bevölkerung unserer Städte. „Hin und wieder finden sich", schreibt Dahl*), „zweifellos Leute, welche eine dunkle, uns unfassbare Gewalt besitzen, mit einem einzigen Blicke ein anderes, in bestimmter Hinsicht untergeordnetes schwächeres Wesen zu fesseln, dasselbe voll und ganz, an Leib und Seele wohlthätig oder schädlich zu beeinflussen oder wenigstens vorübergehend irgend eine deutliche Weisung auf dasselbe zu üben. . . . . Die Gelehrten nennen dies Magnetismus, das einfache Volk — bösen Blick."

Mir scheint, in dieser Beeinflussung durch den Blick, welche ebensosehr in der Vorstellung des einfachen Volkes, wie der gebildeten Volksschichten eine weit verbreitete Rolle spielt, wurzelt, verborgen oder offenkundig, das psychologische Rätsel der Krankheitserscheinung, die wir im vorstehenden als Scheu oder Angst vor fremdem Blicke beschrieben haben.

---

*) W. Dahl, Ueber Vorstellungen, Aberglauben und Vorurteile im russischen Volke. 1881.

Aus dem Laboratorium für pathologische Anatomie des psychiatrischen Instituts in Reggio-Emilia.

III. Neue toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums Epileptiker und ihre praktischen Anwendungen.*)

Von Prof. **Dr. Carlo Ceni,** Privatdozent in Pavia, Prosektor des psychiatr. Instituts.

Ausgehend von einem gegenwärtig wohl fast allgemein anerkannten und von mir selbst verteidigten**) und zu wiederholten Malen als zutreffend bewiesenen Begriffe, dass die Aetiologie der Epilepsie mit einem toxischen Prinzip endogenen Ursprungs innig zusammenhängt, beschäftige ich mich seit mehreren Jahren mit der Frage, ob diesem Gifte auch noch die Fähigkeit zukomme, im Organismus, in dem es verarbeitet wird, gleichzeitig auch heilbringende und immunisierende Stoffe zu erzeugen, so wie dies bei den Toxinen mikrobischer Natur der Fall ist, wenn sie dem lebenden Organismus zugeführt werden.

Darum nahm ich mir, bereits im Jahre 1898, vor, vom heutigen Standpunkt der Serum-Therapie zu versuchen, ob das Serum, das man von den Epileptikern durch Blutentziehung erhält, auf andere Epileptiker, die aber weniger schwere Erscheinungen dieser Krankheit darbieten, einen therapeutischen Einfluss entfalten könnte. Fast gleichzeitig mit mir hat D'Abundo bei Paralytikern ganz analoge Versuche ausgeführt.

Die Resultate, welche ich jedoch bei sechs Epileptikern erhielt, waren ganz andere, als befriedigende. Die Serum-Injektionen, welche ich in kleinen Dosen ausführte, blieben, anstatt wohlthuende Effekte hervorzubringen, entweder ganz wirkungslos, oder sie brachten vielmehr — besonders in zwei Fällen — Symptome hervor, welche ganz den Charakter wahrer akuter Vergiftung hatten, mit auffallender Verschlimmerung des krankhaften Zustandes des Kranken.

Meine Resultate bewiesen also, dass in dem Serum der Epileptiker keine antitoxischen Stoffe, im wahren Sinne des Wortes, enthalten sind,

---

*) Vorläufige Mitteilung auf dem XI. Kongress der Gesellschaft für Psychiatrie. Ancona, Oktober 1901.

**) Ceni: L'influenza del sangue degli epilettici sullo sviluppo embrionale, con speciale considerazione sulla teoria auto-tossica. — Rivista sperimentale di Psichiatria XXV, Heft 3—4, 1899.

Ceni: Ueber einige Eigentümlichkeiten der teratologischen Wirkungen des Blutes Epileptischer. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. November-Heft 1899.

Ceni: Ueber ein neues Symptom der Epilepsie. — Centralbl. f. Nerv. u. Psychiat. Oktober-Heft 1900.

Ipotermia nell'epilessia e loro rapporti col potere tossico-ipotermico del sangue. — Rivista sperimentale di Psichiatria XXVI, Heft 4. 1900.

d. h. Stoffe, die, wenn auch nur in kleinen Dosen eingespritzt, die Eigenschaft haben, als therapeutische Substanzen zu wirken; aber statt dessen liefern sie mir den direkten Beweis der Gegenwart eines besonderen Giftes in dem Blute der Epileptiker, das bis dahin allein auf hypothetischem Wege, auf Grund klinischer Thatsachen, oder auf Grund experimenteller Befunde, welche gewöhnlich von sekundärer Wichtigkeit und oft von einem sehr fraglichen Werte waren, angenommen worden war. Die ganz negativen Resultate einiger meiner Kontroll-Versuche, welche ich später ausgeführt habe, indem ich Serum von gesunden Individuen, ebenfalls in nur kleinen Dosen, anderen Epileptikern einspritzte, waren dann der schlagendste Beweis von der augenscheinlich toxischen Wirkung, welche das Serum eines Epileptikers bei Einführung in den Organismus eines andern Epileptikers haben kann.

Als ich nun meine ersten Versuche einer Serum-Therapie der Epilepsie fehlschlagen sah, wahrscheinlich weil eine spezifische antitoxische Substanz überhaupt nicht vorhanden war, wandte ich meine Aufmerksamkeit den in dem Serum der Epileptischen selbst enthaltenen toxischen Substanzen, die meine vorhergehenden Versuche so unzweideutig nachgewiesen hatten, zu.

Da stellte ich mir die Frage, ob es möglich sei, dadurch, dass man bei einem Epileptiker und zwar durch immer wiederholte Einspritzungen eines in gleicher Weise alterierten Blutserums die Menge des bei ihm kreisenden Giftes vermehrt, eine Zunahme des individuellen organischen Widerstandes zu erzeugen oder besser einen Immunitätszustand durch Anpassung an dasselbe spezifische Toxin, das sich im Organismus des Fallsüchtigen bildet.

Indem ich von dieser Vorstellung ausging, boten sich mir zwei Wege dar, um das von mir vorgenommene Ziel zu erreichen; diese sind erstens: einem Epileptischen, wiederholentlich und in stets anwachsenden Dosen, das Blutserum eines anderen Epileptikers einzuspritzen; zweitens: einem Epileptiker wiederholentlich und in wachsenden Dosen, sein eigenes, vorher ihm selbst entzogenes Blutserum wieder einzuspritzen.

Es war in der That logisch, vorauszusetzen, dass in einem oder dem andern Falle es in dieser Weise gelänge, in dem Epileptischen eine künstliche und fortschreitende Vermehrung jenes Toxins, welches gewöhnlich in ihm circuliert, hervorzubringen; nur, dass in dem zweiten Falle, um diesen Zweck zu erreichen, es nötig war, einige Tage zwischen dem Aderlasse und der Injektion vergehen zu lassen, damit die Blutmasse des, dem Experiment unterlegenen Individuums den Zustand des stabilen Gleichgewichts wieder erreichen könne. In der That führten beide Be-

handlungsarten auch praktisch zu denselben Endresultaten, welche insgesamt unsere Erwartungen übertrafen. Das Experiment wurde in unserm Institute an verschiedenen Epileptikern, bald nach der einen, bald nach der anderen Methode ausgeführt.

Hier jedoch will ich mich darauf beschränken, die Endresultate der ersten zehn Fälle mitzuteilen, vor allem, weil die Thatsachen derart sind, dass ich dieselben für mehr als hinreichend halte, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen; zweitens, weil in Anbetracht des Umstandes, dass diese Fälle ungefähr zwei Jahre lang nach den Injektionen in unserer Beobachtung waren, die Resultate eine Beurteilung ihrer praktischen Wichtigkeit zulassen. Es ist noch zu bemerken, dass absichtlich Individuen verschiedenen Alters und zwar solche, die an der schwersten Form der Epilepsie litten, gewählt wurden, so dass alle diese Kranken, ausser den motorischen epileptischen Kundgebungen, gleichzeitig mehr oder weniger schwere psychische und physisch-sensorielle Zeichen darboten.

Diese progressiven und wiederholten Injektionen, die bald nach dieser, bald nach jener Methode ausgeführt wurden, zeigten bei der überwiegenden Mehrzahl der Epileptiker, bei denen sie angewandt wurden, ausserordentliche heilende bezw. bessernde Wirkung, während sie nur in zwei Fällen als toxische und epileptogene Substanzen wirkten. Unter den fünf Fällen, in welchen die Injektionen als therapeutische und wohlthuende Substanz wirkten, wurden fünf mit Serum, das von anderen Epileptikern stammte, eingespritzt, während die anderen drei mit eigenem Serum behandelt wurden.

In den zwei Fällen, in welchen die Injektionen als toxische und epileptogene Substanz wirkten, wurde der erste Epileptiker mit Serum eines anderen behandelt und der zweite mit eigenem Serum.

Was nun die Natur der, in den ersten drei Fällen erreichten Effekte anbelangt, das heisst derjenigen Fälle, in welchen die Injektionen in positivem Sinne wirkten, so ist hervorzuheben, dass das hauptsächliche Symptom, das unsere Aufmerksamkeit auf sich lenkte, die auffallende und rapide Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes gewesen ist, die stets in direkter Beziehung zur Besserung der Krankheitserscheinungen der einzelnen Epileptiker stand, und dies obwohl bei ihnen alle symptomatischen Heilmittel beschränkt oder vollständig aufgehoben wurden.

Bei den ersten sechs Kranken, die seit etwa 10—20 Jahren epileptisch waren, erfuhren die motorischen wie auch die psychischen und sensoriellen Störungen eine wesentliche Besserung oder sie verschwanden gänzlich und das Körpergewicht nahm, in einem Zeitraum von fünf bis sechs Monaten, ungefähr um 6—10 kg zu.

In diesen Fällen ist der Einfluss der Injektionen auch auf die Besserung der geistigen Kräfte, auf die Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit und die Belebung des Gesichtsausdruckes sehr ausgesprochen gewesen.

Bei drei dieser Kranken jedoch nahmen die epileptischen Erscheinungen sechs bis sieben Monate nach den Einspritzungen wieder zu. Allein diese Verschlimmerung war so gering und ging so langsam vor sich, dass sie trotz ihres augenscheinlichen progressiven Charakters, doch nicht mehr den ursprünglichen Krankheitsgrad erreicht hat, so dass selbst heute, nach ungefähr zwei Jahren, keineswegs von einem vollständigen Rückfall die Rede sein kann.

Bezüglich der drei übrigen Fälle können wir jedoch behaupten, dass die durch unsere Injektionen erreichte Besserung auch gegenwärtig noch ohne wesentliche Aenderung fortbesteht.

Bei den letzten zwei Kranken, welche ebenfalls zur Gruppe der positiven Fälle gehören und welche seit drei bis vier Jahren an Epilepsie litten, verschwinden alle krankhaften Erscheinungen vom ersten Monat an, an dem das Experiment gemacht wurde. Die organischen Störungen besserten sich rapid und verschwanden dann vollständig und ausserdem nahm in vier bis fünf Monaten das Körpergewicht des einen um 10 kg, des anderen um 29 kg zu.

Bei diesen Individuen erwachten gewissermassen die geistigen Fähigkeiten in kurzer Zeit und erfuhren eine solche Besserung, dass die psychische Persönlichkeit der Patienten unter unseren Augen eine ganz andere als früher war, was sich schon durch die vorteilhafte Aenderung des Gesichtsausdruckes kundgab.

Die Kranken verharren seit ungefähr zwei Jahren in normalem Zustande, so dass wir hoffen dürfen, dass es sich hier um eine wirkliche Heilung handelt.

Die zwei Fälle, in welchen die Seruminjektionen stets wirkungslos waren, litten an angeborener resp. hereditärer Fallsucht; sie boten nicht nur keine Besserung, sondern es zeigte sich vielmehr, im Verlaufe der Injektionen, eine langsame und stetige Zunahme der epileptischen Erscheinungen, mit dem Zeichen einer ernstlichen allgemeinen Vergiftung. Dieser Zustand hörte erst mit dem Aussetzen der Injektionen auf.

Ich müsste nun versuchen, mit einigen Worten die Natur und den Wirkungsmechanismus der im Epileptikerserum enthaltenen aktiven Kräfte auseinanderzusetzen. Bevor ich diese Frage näher beleuchte, halte ich es für angezeigt zu bestimmen, ob jene aktiven Kräfte wirklich nur dem Blutserum der Epileptiker zukommen oder ob sie etwa eine allgemeine Eigenschaft jedes menschlichen Blutserums darstellen. Um auf diese

Fragen zu antworten, habe ich eine Reihe von Kontrollversuchen an anderen Epileptikern vorgenommen, die ich wiederholten und immer grösseren Injektionen von Serum von normalen Individuen unterwarf.

Das Resultat dieser Kontrollversuche war, dass ich bei keinem einzigen dieser Kranken irgendwelche Reaktion, weder eine positive, noch eine negative beobachten konnte, die mit der bei den Epileptikern der früheren Versuchsgruppen beobachteten Aehnlichkeit hatte.

Bei keinem von ihnen haben die Injektionen therapeutische und günstige, auch bei keinem toxische und epileptogene Wirkungen ausgeübt. In einem einzigen Falle nur fand sich eine leichte aber ganz vorübergehende Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes, während alle andern Epileptiker bei den Kontroll-Injektionen vollständig reaktionslos blieben.

Daraus folgt, dass die Eigentümlickkeit, den Allgemeinzustand und die spezifischen krankhaften Aeusserungen der Epileptiker zu modifizieren, ausschliesslich dem Blutserum der Epileptiker zukommt, nicht dem menschlichen Blutserum im Allgemeinen.

Bevor ich von der Natur der obengenannten aktiven Stoffe spreche, halte ich es für angezeigt, zu erörtern, ob die Ursache der verschiedenen, ja entgegengesetzten Reaktionsweise der Epileptiker auf die wiederholten Seruminjektionen etwa von dem Umstand abhängt, dass das Serum des einen Kranken, dem das Blut entzogen werde, Eigenschaften besitzt, die dem eines zweiten Epileptikerserums entgegengesetzt sind.

Es mag genügen, hervorzuheben, dass oft das, von demselben Epileptiker herkommende Serum, bei zwei andern Epileptikern in gleichen Mengen eingespritzt, ganz verschiedene und entgegengesetzte Endresultate gegeben hat; man wird dann ohne weiteres zugeben, dass die Ursache der verschiedenen und entgegengesetzten Wirkung der Injektionen in inneren, individuellen Bedingungen des Epileptikers selbst bestehen muss und nicht in solchen des Individuums, welches das Material zu den Injektionen liefert. Zur Stütze dieser Aussage möge noch der Umstand dienen, dass in der ganzen Versuchszeit der Typus der individuellen Reaktion bei den wiederholten Injektionen an mehreren Kranken immer den gleichen Charakter zeigte, obwohl ich ihnen oft absichtlich Blutserum verschiedenen Ursprungs eingespritzt habe.

Welcher Art können diese aktiven Stoffe sein, die das Blutserum des Epileptikers enthält und die je nach der inneren Beschaffenheit des Individuums, welches man einspritzt, fähig sind, bald eine therapeutische und wohlthuende, bald eine toxische und epileptogene Wirkung zu erzeugen?

Es ist das eine Frage der höchsten Wichtigkeit, auf die ich mir vorbehalte, in meiner ausführlichen Arbeit einzugehen. Es sei aber gleich bemerkt, dass ich dort zu beweisen suche, dass der ursprüngliche Begriff, von dem wir bei diesen Versuchen einer Serum-Therapie resp. Antiserum-Therapie ausgegangen waren, die positiven Ergebnisse der wiederholten und progressiven Seruminjektionen seien bloss einer Immunisierung durch Angewöhnung an das epileptogene Gift zuzuschreiben, für unsere Fälle absolut nicht zutreffend ist.

Dort suche ich zu gleicher Zeit zu beweisen, wie weder der Begriff einer Immunisierung durch Impfsubstanzen, noch die Annahme einer antitoxischen Substanz genügen können, um das Wesen unserer Resultate zu erklären. Mir scheint vielmehr, dass man zu einer plausiblen Erklärung jener Ergebnisse gelangen kann, wenn man annimmt, dass die im Blutserum Epileptischer enthaltenen aktiven Elemente spezifische, den Stoffwechsel anregende Eigenschaften besitzen, durch die der Stoffwechsel, dem man ja heute eine so wichtige Rolle in der Verarbeitung zuschreibt, beeinflusst wird.

Und in der That, wenn wir, den allgemeinen, in der Pathologie herrschenden Begriffen gemäss, den zelligen Elementen des Stoffwechsels, in die man Ursache und Sitz der Epilepsie versetzt, die Eigenschaft anerkennen, gegenüber dem anregenden Element, das dieselben infolge der Injektionen im Organismus antreffen, bald im einen, bald im entgegengesetzten Sinne zu wirken, wenn wir mit anderen Worten annehmen, dass jene Elemente bald in physiologischer, bald in pathologischer Richtung reagieren, so können wir uns, wie mir scheint, die Ursache erklären, warum unsere Methode der wiederholten Injektionen bei verschiedenen Individuen verschiedene und entgegengesetzte Erfolge hatten.

Sind die Elemente des Stoffwechsels noch einer physiologischen Reaktion fähig, so wird eine Besserung oder Heilung des pathologischen Zustandes stattfinden.

Die Fälle jedoch, in denen die Elemente des Stoffwechsels aus uns unbekannten, organischen, individuellen Momenten nicht mehr einer physiologischen Reaktion fähig sind, werden auf den Anreiz in pathologischer Weise reagieren, derart, dass ihre schon krankhaft veränderten Funktionen sich immer mehr vom normalen Zustande entfernen und dadurch zu einer Verschlimmerung ihres krankhaften Zustandes Anlass geben werden.

Da wir schon bewiesen haben, dass auch, wenn man den Epileptikern das eigene Blutserum injiziert, die Endresultate identisch sein können mit denjenigen, die wir erhielten, wenn wir das Blut eines andern

einspritzten, so werden wir zu der Annahme gedrängt, dass das anregende Prinzip, welches im Blutserum Epileptiker enthalten ist, seine aktiven Eigenschaften nur dann entwickeln kann, wenn das Blut, nachdem es aufgehört hat, im Organismus als Lebenssaft zu kreisen, mit der Aussenwelt in Berührung kommt.

Wir schliessen also daraus, dass, obwohl auch dieser anregende Stoff unter gewöhnlichen Verhältnissen in dem Epileptiker zirkuliert, er doch nur in einem unwirksamen Zustande kreist, so dass ich nicht abgeneigt bin, zu glauben, dass es sich um einen lösbaren Stoff handelt, welcher unthätig bleibt und der normalerweise im Blut wahrscheinlich den geformten Elementen des Blutes selbst anhaftet.

Demgemäss würde dieser lösbare Stoff erst dann frei werden und würde erst dann seine wirkenden Eigenschaften annehmen, wenn das Blut zu zirkulieren aufhört und seine geformten Elemente nicht mehr leben, was uns auch erklären könnte, wie es kommt, dass in dem Epileptiker eine natürliche Autoimmunisierung nicht möglich ist, trotzdem er neben den toxischen Elementen auch noch therapeutische Elemente in sich trägt.

IV. Bemerkungen zu F. Nissl's Aufsatz: „Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen".*)

Von **Dr. Ernst Storch** (Breslau).

Nissl ist es aufgefallen, dass über die Beziehungen der Hysterie zu den Psychosen unter den Psychiatern weitgehende Meinungsverschiedenheiten herrschen. Ob ein Symptom, welches wir bei unzweifelhafter Hysterie beobachten, z. B. ein Krampfanfall, auch dann als hysterisch zu betrachten ist, wenn es im Verlaufe einer einfachen Psychose auftritt, meint er, müsse sehr vorsichtig beurteilt werden, es könne dieser hysteriforme Krampfanfall auch sehr gut ein Ausfluss des krankhaften Prozesses sein, welcher zugleich sich als Psychose offenbart und mit dem Wesen der Hysterie durchaus nichts zu thun hat.

Seit Kraepelin die psychiatrische Klinik zu Heidelberg leitet, ist man denn auch bei Stellung der Diagnose nach diesem Gesichtspunkte verfahren, und die Folge hiervon war, dass die Fälle, in welchen man bei Geisteskranken Hysterie diagnostizierte, von 13,8 auf 1,5 % der Gesamtzahl sanken.

Diese Verschiedenheit in den Anschauungen der Autoren über die Rubrizierung der Patienten in gewisse Krankheitsgruppen ist nun zwar keineswegs für die Hysterie allein vorhanden, aber sie ist auch hier bedauerlich genug, und wir hätten allen Grund zur Dankbarkeit gegen den Verfasser, wenn er uns den Weg zur Einmütigkeit auch nur auf diesem einen Gebiete gezeigt hätte.

*) Diese Zeitschrift, Januarheft 1902. S. 1 ff.

Nissl selber ist der Meinung, dies gethan zu haben. „Auf dem Boden der klinischen Forschungsrichtung“, schliesst sein Aufsatz, „ist eine gegenseitige Verständigung und Einigung nicht nur in der Frage der Beziehungen zwischen der Hysterie und den übrigen Geistesstörungen, sondern auch auf dem Gesamtgebiete der Psychiatrie unschwer zu erzielen.“

Hätte der Verf. nicht gesagt „unschwer zu erzielen“, sondern etwa „endlich doch noch zu erhoffen“, so würde dieser Schlusssatz unangreifbar sein. So aber enthält er eine nachweisbar falsche Behauptung. Denn so lange es eine Psychiatrie giebt, ist die von ihr innegehaltene Forschungsrichtung die klinische gewesen, und bis zum heutigen Tage haben die auf anderen Gebieten so fruchtbar bewährten Hülfswissenschaften der pathologischen Anatomie, der Bakteriologie und der medizinischen Chemie für die psychiatrische Forschung keine Früchte getragen. Wie oft man auch mit diesem modernen Rüstzeug sich an psychiatrische Probleme heranwagte, mit verschwindenden Ausnahmen verliefen diese Versuche resultatlos. Und trotz vielseitiger und jahrzehntelanger klinischer Arbeit, trotz redlichsten Strebens doch keine Einigung! Unschwer also dürfte diese sicher nicht zu erzielen sein.

Aber Nissl, der die klinische Richtung der symptomatologischen gegenüber so sehr betont, und zwar ganz im Gegensatze zu R. Sommer, welcher die klinische Beobachtungsweise neben der experimentell psychologischen nur noch als einen Notbehelf duldet,*) und der sich sonderbarer Weise allein unter allen Psychiatern der Kraepelin'schen Auffassung von der Hysterie angeschlossen hat — Nissl fasst den Begriff „klinisch“ vielleicht anders, als es allgemein üblich ist. Er spricht sich darüber zwar nirgends mit wünschenswerter Klarheit aus, aber er stellt dem Kliniker den Symptomatologen gegenüber, welcher das ihm „sich darbietende Zustandsbild“ allein zur Stellung der Diagnose benützte. Im Gegensatze hierzu würde der klinische Forscher das ganze Leben des Kranken, seine erbliche Belastung, seine Charaktereigenschaften, die Ursachen und die erste Entwickelung der Krankheit, ihren Verlauf und ihren Ausgang berücksichtigen, nach diesem Gesamtbilde die einzelnen Symptome beurteilen und danach erst die Diagnose stellen. Dieser von Nissl hier aufgestellte Unterschied zwischen dem Symptomatologen und dem Kliniker, das kann nicht scharf genug betont werden, existiert nicht, ausser in Nissls Kopfe.**)

---

*) R. Sommer, Beiträge zur psychiatr. Klinik. 1902. Vorrede.

**) Anmerkung bei der Korrektur: Nissl wirft mir Unkenntnis der Litteratur vor, wenn ich seine Einteilung der zeitgenössischen Irrenärzte in Symptomatologen und Kliniker nicht anerkenne. Es handelte sich hier aber garnicht darum, ob die Ausdrücke „Klinische und Symptomatologische Forschung“ in der Fachlitteratur gebräuchlich sind oder nicht, sondern darum, ob es wirklich Irrenärzte giebt, welche als Nur-Symptomatologen den Klinikern gegenübergestellt werden können. Diese Unterscheidung weise ich zurück; jeder Psychiater zieht bei der Beurteilung einer Psychose alle Umstände, Vorleben, Ursache, Verlauf in Betracht.

Auch in seinen Schlussbemerkungen am Ende meines Aufsatzes ist es Nissl nicht gelungen, diesen Unterschied als vorhanden nachzuweisen. Wenn die Mehrzahl der Irrenärzte die Krankheitsfälle nach gemeinsamen Symptomen gruppiert, und nur wenige, die Kliniker nämlich, die Krankheitsfälle nach einem gemeinsamen klinischen Gesamtbilde in gleichartige Krankheitsformen zusammenschliessen, so frage ich, worauf beruht das gemeinsame klinische Gesamtbild, wenn nicht auf gemeinsamer Folge gleicher Symptome?

Der Unterschied, den hier Nissl als selbstverständlich und allgemein anerkannt

Jeder Psychiater wird natürlich um so sicherer in der Beurteilung einer Geisteskrankheit sein, einen je grösseren Teil ihres Verlaufes er kennt, aber er ist zu seinem Bedauern bei der Stellung der Diagnose häufig auf das augenblickliche Zustandsbild allein angewiesen, das er allein durch schärfste Beobachtung der sich darbietenden Symptome kennen lernt. Ist er darum ein Symptomatologe im Nissl'schen Sinne und kein Kliniker?

In welcher Weise geht denn der Nissl'sche Kliniker in solchem Falle anders vor als jedermann? Nissl selbst zeigt uns, wie er in einem kritischen Falle vorgehen würde (p. 31). „Würde ein manisch-depressiver Kranker in der manischen Phase seines dritten Anfalles auf die unerwartete Nachricht vom Tode seines Vaters mit allgemeinen epileptiformen Krämpfen reagieren, die nach und nach in starke schleudernde Bewegungen des ganzen Körpers übergehen, wobei er deutlichen arc de cercle darbietet und keine beträchtliche Bewusstseinsstörung zeigt, und würde festgestellt werden, dass dieser Kranke bereits vor seinem ersten Anfall und auch in den anfallsfreien Zwischenzeiten in typischer Weise nicht nur die eigenartigen Charakterveränderungen der Hysterischen erkennen liess, sondern auch wiederholt vorübergehende Analgesieen, Hyperästhesien hatte und infolge eines heftigen Schreckens einmal auf eine Woche die Sprache verlor, so würde ich keinen Augenblick zögern, die erwähnten epileptiformen Krämpfe als ein hysterisches Symptom zu bezeichnen; allein bevor ich die Diagnose Komplikation von manisch-depressivem Irresein und Hysterie in diesem Falle stellte, würde ich mir den Kranken noch einmal recht gründlich ansehen." Ich frage, welcher verständige Arzt würde das nicht, wenn plötzlich Krankheitserscheinungen einsetzen, die für gewöhnlich dem diagnostizierten Krankheitsbilde nicht angehören, die also entweder einen diagnostischen Irrtum oder eine Komplikation vermuten lassen. Erscheinen bei einem Tabiker, bei dem zehn Jahre oder länger alle Erscheinungen der Hinterstrangsklerose vorhanden waren, eines Tages die Patellarreflexe wieder, so werde ich natürlich danach fahnden, ob nicht schon früher sich Symptome der Paralyse, Anfälle, Intelligenzschwäche etc. gezeigt haben, und jedenfalls hinter die bisherige Diagnose ein Fragezeichen machen.

Also das Verfahren Nissls zeigt dem allgemeinen Ideal gegenüber durchaus keine grundlegenden Unterschiede, und es ist lediglich seine persönliche Anschauung, wenn er glaubt, dass irgendwo die Geisteskranken von seinem rein symptomatologischen Standpunkte aus beurteilt werden.

Diese Anschauung nun führt ihn zu ganz eigenartigen Aufstellungen, die durchaus unhaltbar sind. (p. 30) „das einzig sichere Kriterium für die hysterische Natur eines Symptoms ist der Nachweis der bei dem betreffenden Individuum vorhandenen Hysterie." *)

---

hinzustellen sich bestrebt, beruht folglich garnicht in der verschiedenen Forschungsrichtung, sondern in der individuell verschiedenen Bewertung einzelner Symptome. Was dem einen genügt zur Aufstellung eines klinischen Krankheitsbildes, ist dem anderen nicht charakteristisch genug, und diese Meinungsverschiedenheiten werden bestehen bleiben, bis wir objektive Kriterien für die Wertschätzung der einzelnen Symptome haben werden. Diese Kriterien können natürlich nur aus einem neuen ordnenden Princip, z. B. aus der Beziehung auf das erkrankte Organ, nicht aber wieder aus den Symptomen selbst gewonnen werden.

*) Trotz der am Schlusse meines Aufsatzes folgenden Erwiderung Nissls kann ich nicht anders als den zitierten Satz so verstehen, wie es der Wortlaut erfordert, d. h.

Bisher hat man immer angenommen, dass man eine Diagnose aus den vorhandenen Symptomen stellt. Hier aber sagt Nissl, dass dieses Vorgehen verkehrt ist, dass wir erst die Diagnose haben müssen, ehe wir ein Symptom beurteilen können.

Und nun zeigt uns Nissl, was er unter Hysterie versteht, nämlich (p. 30) „eine angeborene Krankheit, welche einen eigenartigen Zustand des Nervensystems bedingt, der klinisch dadurch zum Ausdruck kommt, dass er zur Entwickelung des sogenannten hysterischen Charakters führt, und sich andauernd insofern wirksam zeigt, als jederzeit passagere körperliche Störungen und verschiedene Formen eines spezifischen Irreseins durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können."

Es ist immer etwas Missliches mit einer Definition. Ich erinnere mich bei solchen scholastischen Seiltänzerstückchen immer an einen meiner Universitätslehrer, der über Vergiftungen vortragend, etwa folgendes ausführte: „Was eine Vergiftung ist, wissen Sie, meine Herren, alle. Ich könnte Ihnen auch den Begriff definieren; etwa, unter Vergiftung verstehe ich die gesundheitschädliche Einwirkung eines dem Organismus fremden Stoffes auf unseren Körper; aber da könnten Sie glauben, dass es sich um eine tötliche Bleivergiftung handelte, wenn einer einen mit einer Bleikeule totschlägt, und darum unterlasse ich lieber die Definition."

Der erste Teil der Nissl'schen Definition gestaltet sich etwas einfacher in der Form: „Hysterie ist Hysterie", und der zweite: Hierbei kommen charakteristische, somatische und psychotische Symptome vor. Dass die Hysterie auf einer angeborenen Anlage beruht, können wir nur behaupten, wenn wir unter Anlage unsere ganze natürliche Organisation, also auch ein Nervensystem verstehen; verstehen wir mehr darunter, als dass jemand vor allen Dingen überhaupt geboren sein muss, ehe er hysterisch werden kann, so thun wir den Thatsachen Gewalt an. Wir wissen nur, dass hysterische Symptome schon in sehr frühem Alter auftreten und dann meist monosymptomatisch. In solchen Fällen würde Nissl natürlich keine Diagnose stellen dürfen, da das vorhandene Symptom die einzige Krankheitserscheinung ist.

Dass diese hysterischen Symptome jederzeit passager sind und durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können, ist jedenfalls eine Behauptung, die sicherer bewiesen werden müsste, wenn sie in so dogmatischer Form aufgestellt wird.

Aber ich habe es hier keineswegs mit der Richtigkeit oder Unrichtigkeit der Kraepelin—Nissl'schen Definition der Hysterie zu thun, das Wesentliche ist hier, dass uns diese Definition durchaus nicht der Mühe überhebt, aus den Symptomen allein die Diagnose zu stellen. Nichts anderes ist unserer Beobachtung zugänglich als Symptome und immer wieder Symptome, und je genauer wir diese Symptome kennen, desto besser werden wir im stande sein, aus ihnen heraus eine Krankheit richtig zu beurteilen.

Die Erscheinungen nun, welche eine Geisteskrankheit ausmachen, beruhen lediglich auf einer Veränderung des Bewusstseins. Dass in gewissen Fällen

---

man muss erst die Diagnose Hysterie haben, ehe man ein Symptom für ein hysterisches erklärt. Wenn N. behauptet, er habe nirgends etwas ähnliches gesagt, so kann er angesichts dieses Zitates doch nur meinen, dass er etwas anderes habe sagen wollen.

auch rein körperliche Veränderungen eine wichtige Rolle spielen, ist ohne weiteres zugegeben. Das aber, was die psychiatrische Diagnostik zu einer eigenartigen Disziplin stempelt, wodurch sie sich vor anderen medizinischen Spezialfächern auszeichnet, ist der Umstand, dass sie sich auf Symptome stützt, die in einer Veränderung des Bewusstseins ihr psychisches Korrelat haben. In die Erscheinung treten, sinnlich wahrnehmbar werden diese Bewusstseinsveränderungen in einer Aenderung des Verhaltens des Kranken, als psychopathische Bewegungen, welche die Handlungen und sprachlichen Aeusserungen des Kranken ausmachen.

Während wir nun bei den Symptomen körperlicher Krankheiten immer bestrebt sind, die direkte Ursache zu finden und darum nach neuen Symptomen suchen, welche die ohne weiteres sinnfälligen erklären, während wir z. B. beim Husten danach fahnden, ob der Reiz im Rachen, Kehlkopf, Luftröhre, Bronchen, Lungenparenchym, in der Pleura sitzt, oder auch ob der Husten ein hysterisches Symptom ist, ist bei den psychotischen Erscheinungen diese weitere Untersuchung, wenn wir uns auf sinnfällige Erscheinungen beschränken, fast immer ergebnislos. Wenn man sich aber nicht auf objektiv nachweisbare Ursachen beschränkt, sondern seine Nachforschung ausdehnt auf das Gebiet, auf welchem man auch normaler Weise die Ursachen der Willkürbewegungen findet, auf das Bewusstsein, die Psyche, diese ureigene Domäne des Psychiaters, so findet man, dass die gleichen physischen Erscheinungen doch recht verschiedene Bedeutung haben. Der Kranke, welcher plötzlich auf seinen Nachbarn mit Schlägen eindringt, kann das thun, weil er sich von ihm beschimpft, oder körperlich beeinträchtigt wähnt, weil es ihm Gott befiehlt, oder weil er es musste, weil seine Bewegungen wie von einer fremden Macht beherrscht wurden. Das objektive Symptom, die Bewegung, ist ja nur ein Teil eines einheitlichen Gehirnvorganges, der zum anderen Teile dem Kranken als Bewusstseinsveränderung erscheint. Erst wenn ich auch diese kenne, kenne ich das ganze Symptom, das nun nicht mehr einheitlich ist, sondern trotz gleicher objektiver Erscheinung, wie der Husten, auf ganz verschiedene Erkrankungen zu beziehen ist.

Auf diese psychologische Analyse verzichten, hiesse für den Psychiater dasselbe wie für den inneren Kliniker die Verwerfung der Urinoskopie oder der bakteriologischen Untersuchung des Sputums.

Und doch hält Nissl diese Verwertung psychologischer Analyse für einen Fehler. Die Symptomatologen, diese Geschöpfe Nissl'scher Phantasie, „pflegen nämlich (p. 7) die ihnen mangelnden Kriterien für die Beurteilung und Auseinanderhaltung der hysterischen und hysteriformen Krankheitszeichen dadurch zu ersetzen, dass sie die sich ihnen darbietenden Zustandsbilder psychologisch erklären und analysieren, und an Hand derartiger psychologischer Ueberlegungen bestimmte Unterscheidungsmerkmale zu gewinnen suchen."

„Merkwürdiger Weise hat noch kein Psychiater gegen diese Tendenz Stellung genommen, obwohl es nicht schwierig ist, den fundamentalen Irrtum aufzudecken, der solchen Bestrebungen zu Grunde liegt u. s. w."*)

---

*) Wenn den Bestrebungen, zwischen den psychotischen Symptomen eine psychologische Verknüpfung herzustellen, sie also psychologisch zu erklären, ein „fundamentaler Irrtum", wie Nissl sich ausdrückt, zu Grunde liegt, so folgt daraus, dass die psycho-

Dass wir vielfach über die psychologische Verkettung der Bewegungen Geisteskranker uns nicht Rechenschaft geben können, und zwar dann nicht, wenn ihre sprachlichen Aeusserungen fehlen, oder soweit von der Norm abweichen, dass sie bei uns normalen Individuen keine assonierenden Gedanken wecken, ist selbstverständlich. Dass vielfach die psychologische Verknüpfung der Symptome eine etwas gewaltsame ist, vielfach eine einmal gemachte Beobachtung verallgemeinert wurde, kurz, dass der Weg der psychologischen Analyse vielfach nicht gangbar ist und häufig in die Irre führt, das sei bereitwilligst zugegeben. Sollen wir ihn deshalb vermeiden? Das hiesse doch das Kind mit dem Bade ausschütten und wäre dasselbe, wie wenn der Arzt deswegen Perkussions- und Auskultations-Technik verwerfen wollte, weil er durch sie vielleicht einmal zur Diagnose Pneumonie verleitet wird, wo es sich um ein Lungensarkom handelt.

In der That ist ja Nissl diese Behauptung nur im Feuereifer entschlüpft. Er kann ja gar nicht ohne diese verpönte psychologische Analyse auskommen und wendet sie ja auch an. Wie wollte er ohne sie eine hysterische Charakteranlage diagnostizieren, wie das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens erkennen, von dem in seiner Arbeit so viel gesprochen wird.

Wer in der That auf diese psychologische Methode verzichtet, wer das Ideal der Untersuchung darin erblickte, jeden Quadratcentimeter der Haut des Kranken mit Registrierapparaten zu verbinden, und so eine rein objektive Beschreibung der Bewegungen erreichen wollte, der verdiente den Namen eines Psychiaters deshalb schon nicht, weil er niemals zu beurteilen vermöchte, ob das Bewusstsein eines Patienten normal funktioniert oder nicht, ob also überhaupt eine Geisteskrankheit vorliegt. Diese Vorbedingung aller psychiatrischen Diagnostik überhaupt kann man nur erfüllen dadurch, dass man sich in die Lage des Kranken versetzt und zusieht, ob man dann ebenso denken und folgerichtig auch so handeln würde wie er. Es müsste eine sonderbare Krankengeschichte werden, die Nissl unter Ausschluss dieses Hilfsmittels von einem Quärulanten entwerfen würde.

Nissl aber glaubt, hier einen fundamentalen Irrtum der unseligen „Symptomatologen“ endlich vor aller Augen enthüllt zu haben, und meint, nach einer erkenntnistheoretisch angehauchten, durchaus unhaltbaren Auseinandersetzung (p. 10), die Voraussetzung für die Anwendbarkeit eines psychologischen Erklärungsversuches sei, „dass der psychische Mechanismus bei der Hysterie, dem manisch-depressiven Irresein, der Katatonie u. s. w. derselbe ist, wie unser eigener, das heisst, dass der psychische Mechanismus bei psychischen Krankeiten und innerhalb der Breite des normalen Gehirnlebens vollkommen identisch funktioniert.“ Da diese Voraussetzung offensichtlich falsch sei, liege der fundamentale Irrtum auf der Hand.

Ich muss gestehen, es ist mir schwer geworden, mich hier mit Nissls Bewusstseinsvorgängen zu identifizieren. Zeigt doch allein die psychologische Analyse der sinnfälligen Krankheitserscheinungen, der Bewegungen im weitesten

logische Analyse durchaus verwerflich ist. Wenn Nissl sie trotzdem, und sei es in noch so beschränktem Masse,' zulässt, so ist er entweder inkonsequent, oder er hat wiederum nicht das gesagt, was er sagen wollte. Letztere Annahme vertrete ich ja auch in den folgenden Zeilen, und ich vermag nicht zu sehen, dass die Nissl'schen Schlussbemerkungen hieran etwas ändern.

Sinne des Wortes, dass das Bewusstsein des Geisteskranken anders funktioniert, als das des Gesunden; aber damit ist doch durchaus noch nicht gesagt, dass etwas Neues, meinem Bewusstsein Fremdes, also absolut Unbegreifliches in dem psychotischen Bewusstsein aufgetreten ist. In dem psychotischen Gehirn hat doch nur eine Veränderung stattgefunden, die auf eine Steigerung oder Lähmung der auch normaler Weise vorhandenen Elemente hinausläuft. Die Elemente des Bewusstseins sind dieselben geblieben, nur werden sie anders verknüpft. Wenn ich einem Deliranten aufgebe, eine Spinne an der Wand zu greifen, die gar nicht vorhanden ist, so bin ich ganz sicher imstande, sein Verhalten und seinen seelischen Zustand dadurch zu begreifen, dass ich mich in seine Lage versetze, dass ich mir vorstelle, mir selber ist der Auftrag geworden, eine wirkliche Spinne zu fangen. Und wie in diesem einfachen Falle, so kann ich mir auch bei verwickelten Lagen, dadurch, dass ich mich mit dem Kranken identifiziere, ein Bild davon machen, was in seinem Inneren vorgeht, und die Symptome zu einem Ganzen verbinden. Wenn mir ein Kranker, der sich von aller Welt mit einem ungeheuren Aufwande von Mitteln verfolgt glaubt, zum ersten Male eines Tages die Andeutung macht, er müsse doch eine bedeutende Persönlichkeit sein, so liegt der Gedanke nahe, dass es sich um ein Erklärungsbedürfnis der Verfolgung handle, und ich werde mich durch das Krankenexamen von der Richtigkeit der Vermutung zu überzeugen suchen. Oft wird es nicht gelingen, den psychologischen Zusammenhang zu erkennen, vielleicht weil gar keiner da ist, vielleicht weil eine schlummernde Begebenheit aus dem Vorleben des Kranken infolge der zugrunde liegenden Funktionsstörung, plötzlich wieder wach geworden ist und nun das Denken des Kranken beherrscht. Vielleicht hat er einmal ein Kaiserbildnis gesehen und dabei gedacht, wenn du der Kaiser wärest, und dies Erlebnis taucht als autochthoner Gedanke, oder Phonem mit obligater Fälschung in seinem Bewusstsein empor.

Freilich ist diese psychologische Analyse schwierig, freilich kann sie bei mangelnder Kritik in die Irre führen, aber muss sie darum verworfen werden?

Uebrigens ist Nissl sehr im Irrtume, wenn er meint, dass irgend ein Psychiater, er selber mit inbegriffen, bei der Paralyse auf das psychologische Verständnis des Prozesses verzichten wollte. Selbst für die Stellung der Diagnose ist dies häufig der einzige gangbare Weg, oder glaubt Nissl, der paralytische Grössenwahn mit seiner phantastischen Färbung, seinen Ungeheuerlichkeiten und seiner Unbeständigkeit liesse sich ohne psychologische Analyse erkennen? Meint er wirklich, so vorgehen zu können, dass er einfach den Wortlaut der Aeusserungen auf seinen Klang hin prüft, mit dem Krankengeschichtenmaterial der Heidelberger Klinik vergleicht, und dann den Kranken jener Gruppe zuteilt, deren sprachliche Aeusserungen, rein klanglich genommen, am meisten mit der vorliegenden Beobachtung übereinstimmen?

Den Schlüssel zu diesen merkwürdigen Behauptungen Nissls nun finde ich in dem Schlusse seiner Arbeit in dem Satze (p. 37) „Erblickt man aber in allen Geistesstörungen den klinischen Ausdruck bestimmter Rindenerkrankungsprozesse, so ist das Hindernis bei Seite geschafft, das heute jede Verständigung unter den Irrenärzten aufhebt."

Ganz gewiss spricht Nissl hier etwas aus, das uns allen als ein Ideal erscheint, aber das würde uns, selbst wenn es sich nicht um reine Zukunftsmusik handelte, der Mühe nicht überheben, die Diagnose aus den Krankheits-

erscheinungen zu stellen. Gewiss würde die Gruppierung nach einem pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte geeignet sein, eine Einigung über die Auffassung der Psychosen zu begünstigen, obgleich a priori der gleiche anatomische Prozess durchaus nicht das gleiche Krankheitsbild erzeugen muss. Man denke an die verschiedenen Formen der Tuberkulose, denen allen der gleiche Krankheitsprozess zu Grunde liegt. Man denke an die verschiedenen Verlaufsarten des Carcinoms, von denen einige bis ins hohe Alter stationär bleiben, während die meisten in verhältnismässig kurzer Zeit deletär verlaufen. Für die somatische Medizin gilt keineswegs der Satz, dass der pathologisch-anatomische Prozess allein für das Krankheitsbild bestimmend ist.

Ob das für die Geisteskrankheiten zutreffen wird, können wir noch nicht wissen. Wahrscheinlich ist es nicht, dass sich die verschiedenen Psychosen durch verschiedene pathologische Prozesse genugsam charakterisieren lassen. Die Lokalität des Prozesses, das Alter des Betroffenen können derartige Besonderheiten in der klinischen Erscheinungsweise bedingen, dass uns diese trotz desselben pathologischen Vorganges zur Aufstellung verschiedener klinischer Krankheitsbilder veranlassen können. Wer würde eine durch Blutung entstandene sensorische Aphasie und eine hämorrhogisch bedingte Hemiopie für gleiche Krankheitsbilder halten? Und wer würde andrerseits zögern, zwei klinisch ganz gleiche Afasieen für identisch zu erklären, selbst wenn die eine durch Blutung, die andere durch Encephalitis entstanden wäre?

Aber trotz dieser Bedenken ist diese ideale Forderung Nissls des Beifalles aller Psychiater gewiss. Nur irrt er sich, wenn er glaubt, dass irgend ein denkender Arzt bezüglich der Hysterie andere Vorstellungen hege. Eine hysterische Aphasie ist nach allgemeiner Annahme bedingt durch eine bestimmt zu lokalisierende materielle Veränderung im Gehirn; nur würde unseren pathologisch-anatomischen Kausalitätsbedürfnissen nicht genügt werden, wenn uns Nissl etwa als Ursache dieser Veränderung irgend welche cellulären Bestandteile im Gehirn nachwiese, die immer, auch wenn die Aphasie geheilt ist, im hysterischen Gehirne sich finden möchten, sondern wir müssten den Nachweis verlangen, dass sich das Sprachzentrum während der Aphasie durch greifbare anatomische Unterschiede von seinem vorherigen und folgenden Zustande unterscheidet.

Nun das dürfte noch gute Weile haben, und wären wir auch einmal soweit, so würde die Aufgabe bestehen bleiben, die Symptomatologie soweit zu verfeinern, dass wir womöglich aus einem einzigen Symptom die Diagnose der Hysterie stellen können. Ob wir jetzt schon soweit sind, dass wir eindeutige hysterische Symptome annehmen dürfen, die uns unter allen Umständen zur Diagnose berechtigen, kann ebensogut bestritten wie behauptet werden. Nissl und Kraepelin bestreiten es, und stellen infolge dessen diese Diagnose seltener als andere Kliniker. Warum nicht? Nur darf Nissl nicht erwarten, dass alle Psychiater ihm folgen werden.

Was man auch immer unter Hysterie verstehen mag, und das ist lediglich Sache der Erfahrung, die Hysterie setzt ein inferiores Centralnervensystem voraus, und auf solcher Grundlage entwickeln sich Geisteskrankheiten. Bekommt ein völlig gesunder Mensch eine totale Lähmung eines Armes mit gleichzeitiger Anästhesie für alle Qualitäten, und verschwindet diese Lähmung in dem Momente, wo ein starker faradischer Strom auf den gesunden Arm

appliziert wird, oder bei einer anderen Gelegenheit, so ist er in meinen Augen ein Hysteriker, selbst wenn die genaueste Nachforschung sonst keinerlei Anhaltspunkte ergeben sollte. Kommt etwas ähnliches bei einer jungen geisteskranken Frau vor, so werde ich mich nur schwer davon abbringen lassen, dass das Symptom ein hysterisches ist, und werde annehmen, dass die Psychose sich auf dem Boden eines hysterischen, also minderwertigen Gehirnes entwickelt hat. Die Möglichkeit, dass der spezifisch-psychotische Prozess, z. B. der der „Katatonie“, wenn wir diesen Symptomkomplex einmal für eine Krankheit gelten lassen, dieselbe Localisation haben kann, wie der hysterische, soll damit nicht bestritten werden, bedarf aber doch noch des genaueren Nachweises.

Also nicht so sehr gegen die Tendenz des Nissl'schen Aufsatzes, welche auf eine möglichst genaue klinische Beobachtung der Geisteskranken abzielt — mit allen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln — wende ich mich, als vielmehr gegen die falsche Beleuchtung, in welcher er andere Psychiater, andere psychiatrische Schulen erblickt.

Nur mit Hilfe seiner falschen Unterscheidungen bringt er es fertig, ihnen scheinbar etwas Neues zu sagen. Nur in einer Selbsttäuschung befangen, versucht er ein bewährtes Forschungsmittel, die psychologische Analyse, als verwerflich hinzustellen.

Unterschiede in der Forschungsrichtung, Unterschiede in den Untersuchungsmethoden zeichnen freilich die einzelnen Schulen aus. Wie die anatomische Betrachtungsweise bei den inneren Krankheiten zu einer Verknüpfung der einzelnen Symptome, die an sich zusammenhangslos sind, geführt hat, wie der Husten, der gedämpfte Percussionschall der Lunge, das Bronchialatmen, die Seitenstiche, das Fieber zu einer Einheit zusammenwachsen durch die Beziehung auf das erkrankte Organ, so hat auch Wernicke versucht, die psychotischen Symptome zu verbinden durch ihre Beziehung auf die verschiedenen anatomisch gedachten Systeme seines Associationsorganes. Nissl-Kraepelin verzichtet auf Geltendmachung dieses Gesichtspunktes. Sein Ideal ist es, an der Hand eines möglichst grossen Beobachtungsmaterials Formen von gleicher Verlaufsweise, d. h. gleiche Folgen von gleichen oder ähnlichen Symptomkomplexen, herauszuschälen. Dass er dabei die Aetiologie und den Verlauf mehr betont, nicht dass er sie mehr beachtet, unterscheidet ihn von Wernicke. Dagegen hat Wernicke sich bisher gegenüber den experimentell psychologischen Methoden zur Vertiefung der Symptomatologie noch ablehnend verhalten.

Storch.

Entgegnung.

Vorstehenden Bemerkungen habe ich folgendes beizufügen.

Storch hat den Inhalt meines Aufsatzes nicht verstanden. Dem von ihm speziell angegriffenen Teile meiner Ausführungen liegt die Thatsache zu Grunde, dass es ein von allen Psychiatern anerkanntes Princip der Gruppierung der Geisteskrankheiten nicht giebt, sondern dass die Mehrzahl der heute lebenden Irrenärzte die Krankheitsfälle nach gemeinsamen Symptomen oder nach einem gemeinsamen symptomatologischen Leitmotiv zu Gruppen vereinigen, während relativ

wenige Psychiater die Krankheitsfälle nach einem gemeinsamen klinischen Gesamtbild in gleichartige Krankheitsformen zusammenschliessen; Wernicke gruppiert wieder in einer anderen Weise u. s. w. Seit Kahlbaum wird nun die Betrachtungsweise derjenigen Irrenärzte, welche die Krankheitsfälle nach einem gemeinsamen klinischen Gesamtbild vereinigen, im Gegensatz zu der symptomatologischen Forschungsrichtung der Mehrzahl der Irrenärzte als klinische Forschungsrichtung in der Psychiatrie bezeichnet.

Storch meint nun, es könnte nicht scharf genug betont werden, dass die von mir ausführlichst besprochenen Unterschiede zwischen klinischer und symptomatologischer Forschungsrichtung nur als eine persönliche Anschauung in meinem Kopfe existieren. Er fasst nämlich den Begriff klinisch im landläufigen Sinne auf wie z. B. klinischen Unterricht, klinisches Institut, klinischen Lehrer u. s. w., und weiss offenbar nicht, dass der Begriff klinische Forschungsrichtung seit Kahlbaums Untersuchungen eine bestimmte Bedeutung hat. Allerdings ahnt er, dass ich den Begriff klinisch vielleicht anders auffasse, „als es allgemein üblich ist". Allein da ich mich „hierüber nirgends mit wünschenswerter Klarheit ausgesprochen" habe, so nimmt er trotz meiner ausführlichen Erörterungen an, dass ich den Begriff klinisch im landläufigen Sinne gebrauche. Ich habe meinen Aufsatz in einer psychiatrischen Fachzeitung veröffentlicht und glaubte, die entsprechende Kenntnis der Litteratur voraussetzen zu dürfen; übrigens hielt ich es für unmöglich, dass Jemand den Begriff klinische Forschung beanstanden könnte. (Vergl. pag. 36 meines Aufsatzes).

Damit fallen aber die Behauptungen Storchs in sich zusammen.

Nach Storch belehre ich die Psychiater, dass die Diagnosestellung aus den vorhandenen Symptomen ein verkehrtes Vorgehen sei. Wo in aller Welt habe ich eine derartige ungeheuerliche Behauptung gemacht? Genau das Gegenteil ist der Fall. In Wirklichkeit besteht mein Ideal darin, die Geisteskrankheit ohne jegliche Kenntnis der Anamnese u. s. w. einzig und allein nur aus dem sich gerade zufällig darbietenden Symptomenkomplex zu erkennen und auf Grund dieser Erkenntnis das klinische Gesamtbild des Falles sowohl retrospektiv als auch prognostisch nach dem Massstab seiner Umgrenzung aufzurollen.

Ich könnte so weiterfahren und an der Hand der einzelnen Behauptungen Storchs zeigen, dass seiner Polemik ein mir unbegreifliches Missverständnis zu Grunde liegt. Diese Thatsache wollte ich nur konstatieren. Auf die Storch'schen Anschauungen über die Hysterie einzugehen, halte ich für vollkommen unfruchtbar. Ich habe nur die Besorgnis, dass Storch meinen Aufsatz nicht mit der Aufmerksamkeit gelesen hat, wie ich sie wohl voraussetzen durfte, wenn er gegen mich polemisiert. Er sagt: „Dass diese hysterischen Symptome jederzeit passager sind und durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können, ist jedenfalls eine Behauptung, die sicherer bewiesen werden müsste, wenn sie in so dogmatischer Form aufgestellt wird." Da Storch diesen Passus meines Aufsatzes auf pag. 177 2. Absatz wörtlich zitiert, so kann man sich leicht überzeugen, dass ich den mir in den Mund gelegten Satz nicht ausgesprochen habe.

Was den andern Teil seiner Polemik anlangt, dass ich „nur in einer

Selbsttäuschung befangen", versucht habe, „ein bewährtes Forschungsmittel, die psychologische Analyse, als verwerflich hinzustellen", so kann ich Storch wiederum nur erwidern, dass er wenigstens in der Hauptsache offene Thüren einstösst. Wo in aller Welt habe ich gesagt, dass die psychologische Analyse ein verwerfliches Forschungsmittel ist?

Es ist mir nicht im Traume eingefallen, zu behaupten, dass man ohne psychologische Analyse in der Psychiatrie auskommt. Zwischen der psychologischen Analyse, d. h. demjenigen Teile der naturwissenschaftlichen Beobachtung eines Geisteskranken, die sich auf die psychischen Phänomene des letzteren bezieht, und dem Versuch, diese psychischen Phänomene erklären, d. h. die Beziehungen zwischen ihrer Ursache und Wirkung feststellen zu wollen, besteht doch wahrhaftig ein gewaltiger Unterschied. Ich habe nur dagegen Front gemacht, dass man das Ergebnis solcher Erklärungsversuche als etwas Feststehendes betrachtet und als Kriterien für die Beurteilung und Auseinanderhaltung von Symptomen und Symptomenkomplexen verwertet.

Allerdings hält Storch auch die Erklärungsversuche für berechtigt, allein seine Polemik richtet sich weniger gegen meine Ausführungen über Erklärungsversuche als vielmehr gegen die niemals von mir gemachte Behauptung, dass die psychologische Analyse ein verwerfliches Forschungsmittel der Psychiatrie sei.*) F. Nissl.

II. Vereinsbericht.

XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tenu à Limoges 1—7. VIII. 1901.

Nach der Revue de Psychiatrie, September 1901. (Ref. **L. Marchand.**)

Von den zahlreichen Vorträgen, die während der siebentägigen Versammlung der französischen Psychiater gehalten wurden, sind nur wenige von allgemeinerem Interesse. Es sei nur Folgendes erwähnt:

1. Das akute Delir in klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Hinsicht.

64) **Carrier** (Referent): Das akute Delir ist charakterisiert durch rapide Entwickelung und extreme Schwere. Es wird beobachtet im Verlauf oder im Gefolge von geistigen Störungen, doch kann es auch primär auftreten.

Aetiologisch kommen in Betracht: Ueberanstrengung, Exzesse in Baccho, Gemütsbewegungen. Das Prodromalstadium ist mehr weniger lang. Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Verhaltung des Stuhles, gastrische Störungen, Schlaflosigkeit, Beklemmung sind seine hauptsächlichsten Erscheinungen.

---

*) Anmerkung bei der Korrektur: Ich unterlasse es, auf die Storch'schen Anmerkungen bei der Korrektur einzugehen. Denn nach meiner unmassgeblichen Meinung wurde schon ohnehin viel zu viel an einander — vorbeigeredet.

Zwei Phasen: eine der Erregung und die andere der Erschöpfung. Die Erregung setzt akut ein, die Kranken machen den Eindruck eines Manischen. Es treten massenhaft Sinnestäuschungen auf, daneben besteht eine sehr ausgesprochene Hyperästhesie der Sinne. Die geistige Störung besteht in einem zusammenhangslosen Delir, das Gerede ist ideenflüchtig. Die wichtigsten körperlichen Symptome sind: Nahrungsverweigerung, Fieber, Verdauungsstörungen, starke Pulsbeschleunigung. Nach Verlauf von 8—10 Tagen tritt Erschöpfung ein, die Kranken versinken in Stupor und sterben im Coma. Diese Krankheitsperiode ist stets von kurzer Dauer.

Auf anatomischem Gebiet findet man: Rötung der Meningen (Calmeil, Foville), Oedem und aktive Hyperämie des Gehirns (Schüle), subakute hämorrhagische Encephalitis der Rinde (Semidalow und Weidenhauer), Hortensiafärbung gewisser Partien der Rinde (Calmeil), Blutfülle der zentralen Kerne.

Die wichtigsten histologischen Veränderungen sind folgende: periphere marginale und schliesslich allgemeine Chromatolyse, der Kern ist ein wenig tingiert und enthält eine matte Nucleole. Die Protoplasmafortsätze sind kaum sichtbar, die granuläre Degeneration ist bald partiell, bald diffus. Viele Zellen verschwinden schliesslich. Die Zellveränderungen betreffen in stärkstem Grade die Hirnrinde, vorwiegend die vorderen Partien der Stirnlappen und die Gegend der Centralwindungen; ausserdem findet man dieselben Veränderungen im corpus dentatum, in den Zellen der Vorderhörner, der Rinde des Kleinhirns. In der Umgebung der veränderten Zellen findet man eine Kernvermehrung. Die Gefässe erscheinen gesund, aber mit Blutkörperchen erfüllt. Die Meningen und die Neuroglia sind normal.

Das akute Delir ist eine allgemeine Erkrankung des Nervensystems. Der pathologisch-anatomische Prozess besteht in einer primären Zelldegeneration.

Am Herzen hat man gewisse entzündliche Veränderungen gefunden, ferner eine Blutfülle der Intestinalmucosa, intestinale Veränderungen, fettige Degeneration des Leberparenchyms. In den Nieren fanden sich Hämorrhagien in den Glomerulis, ferner wächserne Degeneration der Muskeln.

Bakteriologischer Befund: Brand fand 1881 Microorganismen im Gehirn beim akuten Delir. Rezzonico beschrieb Micrococcenembolien. Branchi und Piccinino fanden 1894 einen nicht konstanten Bacillus. In einer neueren Arbeit wurden von ihnen verschiedene Organismen gefunden. Nach diesen Autoren giebt es eine tödliche, durch einen Bacillus und eine weniger schwere, durch einen Coccus hervorgerufene Form. Neuere Forschungen sind bemüht, die Natur der verschiedenen Infektionserreger, welche ein akutes Delir hervorrufen können, zu bestimmen.

Régis bespricht die klinische Seite des akuten Delirs. Die toxischen Psychosen haben eine umfangreiche Symptomatologie. Auf körperlichem Gebiet finden sich: Kopfschmerz, hysteriforme, epilepti- und apoplectiforme Anfälle, zeitweise Pupillendifferenz, Störungen der Reflexe, der Sprache, allgemeines Zittern wie bei Paralyse, endlich durch bulbäre Veränderung bedingte Atmungs- und Cirkulationsstörungen. In psychischer Hinsicht treten geistige Verwirrung, traumhafte Delirien mit residuären fixierten Wahnideen, Amnesie in die Erscheinung. Das akute Delir unterscheidet sich in nichts von den toxischen Psychosen. Das akute Delir bei Autointoxikationen und bei exogenen Intoxi-

kationen hat denselben Charakter. Das akute Delir übt eine günstige Wirkung auf eine bestehende Psychose aus. Seine Behandlung ist die der Vergiftungen.

Briand bespricht den historischen Teil der Frage und weist nach, dass seine im Jahre 1881 veröffentlichten Ideen über das akute Delir damals eine gewisse Umwälzung zu bedeuten schienen, aber dass man sich jetzt seinem Grundsatz angeschlossen hat, wonach das akute Delir toxischen Ursprunges ist. Nach Verf. ist das akute Delir selten.

Roubinovitch: In seltenen Fällen beginnt das akute Delir mit einer paranoischen Phase. Verf. hat 1898 einen derartigen Fall beobachtet. Es scheint danach das akute Delir manchmal mit systematisierten Wahnideen von kurzer Dauer zu beginnen.

Marchand: Man findet beim Delirium akutum kein konstantes Symptom.

Crocq: Das akute Delir ist ein in klinischer und histologischer Beziehung verschiedener Symptomenkomplex. In ätiologischer Hinsicht kann das akute Delir durch cerebrale Congestion bedingt sein. In einem Falle sah Verf. guten Erfolg von Ergotininjektionen.

Briand: Das akute Delir setzt ein bewegtes Leben, Ueberanstrengung, Prädisposition voraus. Die Verschiedenheit der Symptome ist aus der verschiedenen Beobachtung der Autoren zu erklären. Die Fälle von echtem akuten Delir sind selten und man muss die von den Autoren als akutes Delir beschriebenen Fälle mit Vorsicht aufnehmen.

Nach Ballet ist es nötig, das akute Delir zunächst zu definieren; man darf das akute Delir nicht mit anderen im Verlaufe akuter Krankheiten auftretenden Delirien zusammenwerfen. Es giebt nur eine Verwandschaft in diesen Fällen. Die histologischen Untersuchungen beim akuten Delir sind sehr selten. Wenn man den Begriff des akuten Delirs so eng fasst, findet man, dass es eine besondere Symptomgruppe ist.

Nach Faure finden sich bei dem Delirium akutum keine Microben. Verf. kam zu diesem Ergebnis auf Grund zahlreicher Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit.

Arnaud: Zu den Prodromalerscheinungen Carriers will Verf. noch den schmerzhaften Gesichtsausdruck des Kranken beigefügt sehen. In einer grossen Zahl werden Selbstmordversuche gemacht. Schreckliche Hallucinationen finden sich sowohl im Prodromalstadium, als bei voller Entwickelung.

Dursout wünscht, dass derartige Kranke in zwischen Irrenanstalt und Krankenhaus stehenden Heilanstalten untergebracht werden.

2. Physiologie und Pathologie des Muskeltonus, der Reflexe und der Kontraktur.

65) **Crocq** (Referent): Der erste Muskeltonus ist abhängig von der Elastizität des Muskels und der zentralen Innervation (Reizzustand). Es existiert bis jetzt noch keine stichhaltige Theorie über den Mechanismus des Muskeltonus. Zur Lösung dieses Problems sind folgende Erfahrungen wichtig: Die Durchschneidung der hinteren Wurzeln hebt den Muskeltonus auf. Die Durchschneidung des Halsmarkes beim Hunde und Hasen vermindert den Tonus der Sphincteren. Die Durchschneidung des Halsmarkes beim Affen vermindert den Tonus der willkürlichen

Muskeln und steigert den Tonus der Sphincteren. Beim Menschen rufen die vollständigen Querschnittstrennungen des Rückenmarkes Wegfall des Tonus der willkürlichen Muskeln und Steigerung des Tonus der Sphincteren hervor. Die Zerstörung von Gehirnpartien giebt je nach den Tieren, an welchen man operiert, verschiedene Resultate. Man sieht bei diesem Versuch, dass die Bahnen des Muskeltonus verschieden sind in Bezug auf die willkürlichen Muskeln und die Sphincteren. Beim Frosch ist der Tonus rein medullär. Beim Kaninchen und Hund entsteht der Tonus der willkürlichen Muskeln beinahe ausschliesslich auf den langen Bahnen, während der der Sphincteren in den kurzen Bahnen zu Stande kommt. Beim Affen überwiegt die Bedeutung der langen Bahnen, die Centren des Tonus finden sich in den Basilarganglien und in der Rinde. Der Tonus der Sphincteren kommt in den kurzen Bahnen zur Entwickelung. Beim Menschen ist das Centrum ausschliesslich kortikal, der Sphincterentonus entsteht in den kurzen Bahnen. Beim Neugeborenen kommt der Muskeltonus wie bei den niederen Wirbeltieren auf den kurzen Bahnen zur Entwickelung. Die Abstufungen des Tonus der willkürlichen Muskeln erfolgen nach folgenden Gesetzen:

a) Die Erregung eines willkürlichen Muskels bewirkt die Hemmung des Tonus seines Antagonisten und umgekehrt.

b) Die Zerstörung der motorischen Neurone ruft Atonie der entsprechenden Muskeln hervor.

c) Die Veränderung an Zelle und Axencylinder der motorischen Neurone hat erhöhte Erregbarkeit und infolgedessen Steigerung des Muskeltonus zur Folge. Die Veränderungen des Muskeltonus bei Rückenmarkskranken finden ihre Erklärung in den vorstehenden Thatsachen. Bei peripheren Neuritiden findet sich Hypotonie oder Atonie der willkürlichen Muskeln und mitunter auch der Sphincteren infolge der Veränderung der Axencylinder der motorischen Neurone. Bei Reizung der Axencylinder kann man Hypertonie antreffen. Bei Poliomyelitis und Polioencephalitis zeigt sich Hypotonie oder Atonie der Muskeln infolge der Verletzung des Zellkörpers der peripheren motorischen Neurone. Bei Tabes ist Hypotonie die Regel, sie ist bedingt durch die Veränderung der centripetalen Neurone erster Ordnung.

Bei der organischen Hemiplegie sind die Muskeln atonisch, wenn die cortikalen motorischen Neurone verletzt sind.

Bei der amyotrophischen Lateralsklerose findet man eine doppelte Schädigung: der Schwund der peripheren motorischen Neurone erzeugt Hypotonie oder Atonie der Muskeln; die Verletzung der eingeschalteten Neurone ruft durch Reiz auf den Pyramidenstrang Hypertonie hervor. Kompression des Rückenmarkes hat zweierlei Erscheinungen zur Folge:

1. solche, infolge parenchymatöser Veränderung,

2. solche Reizerscheinungen der motorischen Neurone, die sich in Atonie, Hypotonie oder Hypertonie kundgeben. Die letztere ist die Folge der Reizung der Pyramidenstränge. Hypertonie kann statt Hypotonie eintreten bei völliger Querschnittsunterbrechung. Bei der multiplen Sklerose entwickelt sich die Hypertonie durch Reizung des Pyramidenstranges. Bei den Neurosen sind die Veränderungen des Muskeltonus sehr verschieden: man kann im allgemeinen sagen, dass die Hypotonie durch kortikale Erschöpfung verursacht ist, während die Hypertonie von der erhöhten kortikalen Erregbarkeit abhängt. Ebenso

findet sich bei der allgemeinen Paralyse bald Hyper-, bald Hypotonie je nach dem einzelnen Fall und dem Zeitpunkte, zu welchem man die Kranken untersucht. Die cortikale Entkräftung erzeugt Hypotonie, aber Blutwallungen ebenso wie Hirnverletzungen erzeugen kortikale Uebererregbarkeit und Hypertonie. Andererseits führen Schädigungen der ersten centripetalen Neurone zu Hypotonie, und Reizung der Pyramidenstränge bedingt Hypertonie. Infektionen und Intoxikationen verursachen bald Hypertonie, bald Hypotonie, je nachdem sie die Erregbarkeit der cortikalen Zellen steigern oder abschwächen.

3. Reflexe: Keine von allen vorhandenen Theorien erklärt sämtliche experimentellen und klinisch-anatomischen Thatsachen. Folgendes ist bekannt: Die Durchschneidung der hinteren Wurzeln ruft Wegfall aller Reflexe hervor. Die Durchtrennung des Rückenmarks im Cervikalteil bewirkt beim Frosch eine Steigerung der unterhalb der Verletzung entstehenden Reflexe. Beim Hund und Kaninchen erzeugt sie eine Steigerung der Sehnenreflexe und einen vorübergehenden Wegfall der Hautreflexe.

Beim Affen ist die Folge ein mehr oder weniger lang dauernder Ausfall der Sehnen- und Hautreflexe. Beim Menschen verursacht die völlige Durchschneidung des Rückenmarks ein dauerndes Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe. Ausgedehnte Verletzungen des Kleinhirns ziehen eine Steigerung der Sehnenreflexe nach sich. Die Prüfung der Experimente beweist, dass die Reflexe, je höher man in der Tierreihe nach oben steigt, desto mehr in den langen Bahnen sich abspielen. Beim Menschen sind die langen Bahnen allein imstande, Sehnen- und Hautreflexe hervorzurufen. Die Centren der Sehnenreflexe liegen an der Basis und sind dem hemmenden Einfluss von Seiten des Gross- und Kleinhirnes unterworfen. Die Centren der Hautreflexe liegen in der Hirnrinde. Beim Neugeborenen sind die Sehnen- und Hautreflexe stark, sie kommen wie bei den niederen Wirbeltieren auf den kurzen Bahnen zustande.

Bei den Neurosen findet sich häufig eine Steigerung der Sehnenreflexe, die Hautreflexe sind bald erhöht, bald abgeschwächt. Im allgemeinen kann man sagen, dass die Erhöhung der Sehnen- und Hautreflexe durch cortikale Erschöpfung bedingt ist, während die Steigerung der Reflexe überhaupt abhängig ist von Erhöhung der Erregbarkeit. Bei der allgemeinen Paralyse findet sich zu Beginn infolge der anatomischen Veränderung der cortikalen Neurone einerseits eine Abschwächung der Hautreflexe infolge Schädigung ihrer cortikalen Centren, andererseits eine Erhöhung der Sehnenreflexe durch Verminderung der cortikalen Hemmung. Späterhin breiten sich die anatomischen Veränderungen mehr und mehr aus, die Sehnen- und Hautreflexe nehmen allmählich ab.

4. Contraktur: Sie ist gebunden an die Steigerung des Muskeltonus, ihr Mechanismus steht in engem Zusammenhang mit dem des Muskeltonus. Beim Menschen ist letzterer ausschliesslich cortikal und auch bei der Contraktur ist dies der Fall; sie findet sich in der Regel bei den unvollständigen und als Reiz wirkenden Läsionen des cerebralen Anteiles des Pyramidenstranges. Die Contraktur ist eine tonische Zusammenziehung. Die Pseudocontraktur ist eine Muskelanspannung.

5. Tonus und Sehnenreflexe: In der grossen Mehrzahl der Fälle besteht eine direkte Beziehung zwischen dem Verhalten der Sehnenreflexe und des Muskeltonus. Die Hypertonie trifft im allgemeinen mit der Steigerung der Sehnenreflexe und Hypotonie mit Verminderung derselben zusammen; doch ist

dieser Zusammenhang nicht konstant. Die klinische Abhängigkeit der Reflexe vom Tonus bestätigt ihre anatomische Abhängigkeit.

Grasset: Das Centrum des Tonus ist nicht ein einziges. Im physiologischen Zustand wirken alle Centren mit. Der Tonus ist an der Peripherie an centrifugale und centripetale Nerven geknüpft.

Pitres: Die Contraktur ist keine einheitliche Erscheinung. Verf. unterscheidet zwischen myotonischer und myotetanischer Contraktur. Die erste ist kaum von äusseren Einflüssen abhängig und kann, ohne sich zu steigern, unbestimmt lang anhalten. Die letztere ist der Typus der hysterischen Contraktur. In der Mehrzahl der Fälle vermengen sich beide Formen. Verf. widerspricht ferner der Ansicht, dass Kniescheiben-Sehnenreflex und Fussklonus von gleicher Bedeutung seien. Der Kniescheiben-Sehnenreflex kann verschwunden oder normal sein und Fussklonus bestehen. Der Fussklonus kann infolge Anwendung des Esmarch'schen Schlauches unterdrückt werden und der Kniescheiben-Sehnenreflex wie zuvor bestehen, ebenso ist es mit dem Achilles-Sehnenreflex. Der Fussklonus kann erzeugt werden durch Verlängerung des Muskels und ist kein ächter Reflex.

Mendelsohn: Bei pathologischer Quertrennung des Rückenmarks findet man eine Unterdrückung der Reflexe bei schwachen Reizen, während stärkere sie auslösen können. Es giebt kein einheitliches cortikales Centrum. Die hauptsächlichen Reflex auslösenden Zonen befinden sich im Rückenmark. Man muss die ächten Reflexe von bewussten Bewegungen trennen. Nach Verf. hat kein einziger Reflex wesentliche diagnostische Bedeutung.

Brissaud hebt im Gegensatz zu Crocq hervor, dass es Fälle giebt, bei welchen im Anschluss an einen hämorrhagischen Insult ausgesprochene Hemiplegie mit sehr starker Contraktur beobachtet wurde. Die Obduktion ergab einen völligen Untergang der sämtlichen Fasern der inneren Kapsel. Ausserdem kommen Fälle von totaler Kompression des Rückenmarks mit Steigerung des Patellarreflexes und Fussklonus vor.

Beim Affen ist die einer cortikalen Läsion folgende, die obere Extremität betreffende Contraktur deshalb nicht so ausgesprochen wie beim Menschen, weil bei diesem Tiere die Hand der Bewegung dient und sowohl einem spinalen wie cerebralen Reiz gehorcht. Bei dem Menschen sind die Muskeln des Daumens, welcher allein einer Opposition fähig ist, bei der Hemiplegie deshalb in Contraktur, weil diese Muskeln namentlich auf einen cortikalen Reiz reagieren.

Cestan beschreibt zwei Fälle von Sarkom des Rückenmarks; die Kranken hatten eine spastische Paraplegie. Der Verf. ist mit der Behauptung von M. Crocq, dass der Achilles-Sehnenreflex keine grosse diagnostische Bedeutung habe, nicht einverstanden, im Gegenteil misst er ihm eine sehr grosse Wichtigkeit bei. Er ist nach seiner Ansicht nur abnorm, wenn eine Läsion vorhanden ist.

Marchand und Vurpas haben mittelst Myographions und Marey'scher Trommel die Patellarreflexe registriert und kamen zu folgenden Schlüssen:

1. Es kann eine Contraktion des Quadriceps ohne Vorwärtsbewegung des Fusses eintreten.

2. Die Zeit, welche zwischen Schlag und Beginn der Muskelcontraktion verstreicht, ist bei den einzelnen Individuen verschieden und scheint bei Hemiplegikern mit sehr erhöhten Patellarreflexen sich zu vergrössern.

3. Die Dauer zwischen Schlag des Hammers und Beginn der Contraktion bleibt sich gleich, ob man die Sehne unterhalb der Kniescheibe oder den Muskel selbst, sei es unten oder oben, beklopft.

4. Es scheint, dass bei Schlag auf den Muskel die Intensität der Contraktion in den verschiedenen Fällen nur wenig variiert, im Gegensatz zu der Verschiedenheit bei Beklopfung der Sehne.

Der Plantarreflex ist ein ächter Reflex und hat einen ganz anderen Mechanismus als der Patellarreflex, ersterer tritt nach $^{25}/_{100}$, letzterer nach $^{8}/_{100}$ Sek. ein. Schott (Zwiefalten).

III. Bibliographie.

XXIV) **R. Sommer:** Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 39 Illustrationen. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1901. VIII und 408 S. Brosch. 10 Mk., geb. 12 Mk.

Es ist ein erfreuliches Zeichen des wachsenden Interesses für die klinische Psychiatrie, dass ein derart in die Einzelheiten eindringendes Werk in verhältnismässig kurzer Zeit eine neue Auflage erlebt. Das Buch ist um $^{1}/_{3}$ seines früheren Umfanges stärker geworden, ein Zuwachs, der im wesentlichen auf der Hinzuziehung einer allgemeinen Diagnostik beruht.

Die einleitenden Bemerkungen über die Beziehungen der Psychiatrie zur Naturwissenschaft und Psychologie sind unseren Fachgenossen, die zum grossen Teil noch zwischen den extremsten Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Hirn und Seele hin- und herschwanken, dringend ans Herz zu legen. In eingehender Weise wird die Untersuchung des körperlichen Zustandes dargestellt; zunächst die Reproduktions- und die Massmethoden, insbesondere die Schädelmessung nach Rieger. Ein allgemeineres Vorgehen nach den hinsichtlich der Muskeluntersuchung anempfohlenen Regeln würde unsere Kenntnisse gerade über die wichtigen katatonischen Störungen bald erweitern. Hinsichtlich der Reflexuntersuchungen werden die aus Sommers Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden bekannten Apparate in Wort und Bild erläutert, insbesondere der Pupillarreflexapparat in verschiedenen Modifikationen, sowie der Patellarreflexapparat. Eingehend erfolgt die Erörterung über Entstehung und Entwickelung der Geisteskrankheiten. Die Prüfung auf Anamnese, Belastung, Krankheitsursachen führt zu allgemeineren Betrachtungen über Erblichkeit, Degeneration u. s. w.

Hinsichtlich der Untersuchung des psychophysischen Zustandes wird eine detaillierte Analyse ermöglicht durch die Vorlegung ausführlicher Fragebogen, die die verschiedensten geistigen Fähigkeiten und Vorgänge berücksichtigen. Bei Gelegenheit der Exegese jeder der empfohlenen Massnahmen wird die psychopathologische Grundlage der hierbei in Betracht kommenden mannigfachen Zustände in weitestem Umfang entwickelt. Für praktische Zwecke wird das detaillierte Schema einer Krankengeschichte vielen Lesern besonders willkommen sein.

Der spezielle Teil des Buchs hat eine Reihe von Modifikationen erfahren, doch lehnt er sich in seinen Grundzügen an die Darlegungen der 1. Auflage

an, so dass auf eine Erörterung einzelner Punkte, z. B. der nach neueren histologischen Untersuchungen schwerlich aufrechtzuerhaltenden Rubrizierung der Epilepsie und Katatonie unter die Geistesstörungen ohne nachweisbare Veränderung der Hirnsubstanz, an dieser Stelle verzichtet werden kann.

Das Buch zeichnet sich durch eine reichhaltige Ausstattung mit Illustrationen aus, wodurch es hoffentlich auf neue Arbeiten, die noch das unersetzliche Hilfsmittel einer Abbildungsserie entbehren zu können glauben, in vorbildlicher Weise wirken wird. Weygandt-Würzburg.

XXV) **Alber:** Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluss an Sommers Diagnostik der Geisteskrankheiten. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. R. Sommer. Mit 110 Illustrationen. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien 1902. 127 S.

1838 hatte A. Morison eine Physiognomie der Geisteskranken mit 102 Portraittafeln von Geisteskranken herausgegeben, die dann 1853 ins Deutsche übersetzt erschien; dem Buche haftete der Fehler einer unentwickelten Technik an, es handelte sich durchweg um Kreidezeichnungen, die lithographisch vervielfältigt wurden, dann aber litt es auch unter einer unglücklichen Systematik, die z. B. die Hälfte der Fälle als Monomanie bezeichnete, darunter „Monomanie mit Pantophobie“ oder „Monomanie mit Liebe“ u. s. w. Immerhin enthält das Werk auch für uns noch eine Fülle anregender Momente, so dass man sich wundern kann, dass bis in unsere Tage ein derartiger Versuch nicht mehr in grösserem Umfang, unter Heranziehung der modernen Reproduktionstechnik, vor allem der Photographie, wiederholt worden ist.

In diese Lücke tritt nun das Buch von Alber, das 110 Abbildungen mit entsprechenden kurzen textlichen Erläuterungen bringt. Die Anordnung schliesst sich an die Gruppierung in Sommers Diagnostik der Geisteskrankheiten an. Ursprünglich war die Herausgabe einer Sammlung von steroskopischen Portraits geplant, die indes wohl nur für einen Teil der Abbildungen einen Vorzug gegenüber der vorliegenden Wiedergabe geboten hätte. Es ist zu begrüssen, dass Alber der entstellenden Magnesiumbeleuchtung das Tageslicht vorzog; in einigen Fällen wurde die vielfach empfehlenswerte kombinierte Beleuchtung angewandt.

Die ersten elf Tafeln sind der progressiven Paralyse gewidmet, die an einer Reihe typischer Vertreter demonstriert wird, mehrfach so, dass von demselben Kranken verschiedene Entwickelungsstadien des Leidens wiedergegeben sind. Besonders anschaulich ist der Fall von infantiler Paralyse, während auf ein Beispiel der klassischen Paralyse mit dem typischen Ausdruck der strahlenden Euphorie verzichtet ist. Die folgende Gruppe betrifft Geisteskranke mit organischen Hirnleiden, woran sich einige Schädel- und Hirnbilder anschliessen. Reich sind die zur bildlichen Wiedergabe einladenden Porencephalen vertreten. Bei den Alkoholikern könnte man vielleicht ein Beispiel für den Ausdruck des Trinkerhumors vermissen; um so anschaulicher liefern die Bilder von Epileptikern die Züge von Verwirrtheit, zorniger Erregung und Verstimmung. Eins der schönsten Portraits der Sammlung stellt einen Choreatiker dar, der sich jedenfalls zur Reihenphotographie ausgezeichnet eignen würde. Die nächsten Serien befassen sich mit der Hysterie, Hypochondrie und symptomatischen Gemütsdepression. Vielfältige Handhaben zum Studium des physiog-

nomischen Ausdruckes gewähren die Kranken mit Manie und Melancholie, sowie vor allem die Katatoniker. Fälle von angeborenem und primärem Schwachsinn, Paranoia und Dementia paranoides schliessen die Sammlung.

Zweifellos ist die Ueberzeugung des Autors gerechtfertigt, dass die Anwendung der Photographie ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose psychopathologischer Zustände bildet. Das Verlangen nach plastischer Wiedergabe von Physiognomien Kranker wird wohl dauernd ein pium desiderium bleiben; haben doch sogar die bisherigen Versuche mit dem Kinematographen nur wenig versprechende Ergebnisse gezeitigt. Es wäre eine unbillige Zumutung, wenn man von einem Bild verlangen würde, es solle für sich allein die Stellung der Diagnose ermöglichen. Selbst bei einem so charakteristischen optischen Eindruck, wie ihn etwa die Handstellung bei einer typischen Radiusfraktur darbietet, wird kein Arzt vor Stellung der Diagnose auf Palpation, Prüfung der Schmerzhaftigkeit, Erhebung der Anamnese usw. verzichten. Bloss in Ausnahmefällen kann das Bild eines Irren die Diagnose einschliessen, bei dem Gros handelt es sich durchaus nur darum, einen Baustein zur Diagnose zu liefern. Diese diagnostische Beihilfe jedoch vermag ein gutes Bild, wenn es nur einen geeignet gewählten Moment aus dem Krankheitsprozess darstellt, doch in der Mehrheit der Fälle zu leisten. Freilich gehört dazu von Seiten des Beschauers derartiger Bilder doch ein gut Teil Uebung, wie auch ein bestimmter diagnostischer Standpunkt überhaupt. In letzterer Hinsicht sind jene Psychiater, die auf Affekt- und Willensstörungen besonderen Nachdruck legen, statt ihnen gegenüber den Wahrnehmungs- und Urteilsstörungen, Sinnestäuschungen und Wahnideen eine bescheidene Rolle anzuweisen, in einem gewissen Vorteil, da eben die Ausdrucksbewegungen gerade mit der affektiven und psychomotorischen Seite des psychischen Lebens aufs innigste verwachsen sind. Wie viel die Uebung in der Beurteilung von Bildern ausmacht, zeigt auch die vorliegende Sammlung, bei der der Leser ab und zu wohl nicht in der Lage sein wird, im Bild alle Züge, die die Beschreibung namhaft macht, leicht wieder zu finden. Der Autor wird aber bei der Interpretation des Bildes die durch längere Beobachtung des Kranken selbst gewonnenen Vorstellungen doch nicht vollständig eliminieren und deshalb mehr aus dem Bild herauslesen können, als ein fremder Betrachter desselben. Doch ist anzuerkennen, dass zahlreiche Bilder des vorliegenden Buches noch mehr Einzelheiten enthalten, als bei der Knappheit des Textes aufgeführt werden konnten.

Dass bei einzelnen Bildern hier und da eine Unschärfe oder die Andeutung einer Doppelkontur zu erkennen ist, wird jeder für selbstverständlich und durchaus entschuldbar finden, der sich selbst öfter der Mühe unterzog, Geisteskranke zu photographieren. Wenn schon die Berufsphotographen nur ungern Kinderaufnahmen anfertigen, so sind letztere doch noch eine Spielerei gegenüber der geduld- und zeitraubenden Arbeit des Photographierens Geisteskranker, bei denen oft genug erst ein halbes Dutzend Aufnahmen ein leidliches Bild enthält. Um die Kranken möglichst unbeeinflusst und ungezwungen auf die Platte zu bringen, nahm sie Alber jeweils in der Situation auf, in der sie am charakteristischsten ihre Eigenheiten zeigten, im Bett, beim Spaziergang im Freien, im Untersuchungszimmer u. s. w. So anerkennungswert die dadurch erreichte Vermeidung des Atelierhaften, Gekünstelten auch ist, so wird doch zweifelsohne von vielen Lesern der unruhige Hintergrund der Bilder, der öfter

andere Personen, Gartenpartien, psychophysische Apparate u. a. zeigt, als eine gewisse Störung empfunden werden.

Bei einem ersten Versuch einer physiognomischen Sammlung von diesem Umfang wird man mit dem Verfasser nicht rechten, wenn er auf eine eingehende psychologische Analyse der Ausdrucksbewegungen verzichtet, so gross auch auf diesem Gebiet der durch die neuen Werke von Wundt und Hughes erreichte Fortschritt ist, und sich vorzugsweise auf eine mehr populärpsychologische Anführung des allgemeinen Eindrucks der Portraits beschränkt: „leerer, abwesender Gesichtsausdruck", „der Gesichtsausdruck ist ein eigentümlich lauernder", „ein lächelnder, selbstbewusst-überlegener".

Das Buch enthält nicht nur für den Fachmann eine Reihe von Anregungen, sondern es wird sich auch nach aller Voraussicht bestätigen, dass, wie Sommer in seinem Vorwort betont, die Sammlung der allgemeinen physiognomischen Wissenschaft von Nutzen ist. Weygandt-Würzburg.

XXVI) **Wilbrand, H.** und **Sänger, A.** Die Neurologie des Auges. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte. Bd. II. Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Wiesbaden 1901. 324 S.

Auch der zweite Band dieses gross angelegten Werkes zeichnet sich aus durch eine eingehende Berücksichtigung des riesenhaften, in der ophthalmologischen und neurologischen Literatur niedergelegten Materials. (859 Literaturhinweise.)

Die durch reiche eigene Erfahrung gereifte Urteilskraft der Verfasser hat es bei alledem ermöglicht, das Ganze übersichtlich zu gliedern.

In geradezu klassischer Weise ist die Anatomie, Pathologie und Physiologie der Thränenabsonderung dargestellt.

Bei den Erkrankungen des sensiblen Augennerven, des Trigeminus, ist in dankenswerter Weise auch die Gesichtshaut in den Bereich der Darstellung gezogen worden.

Die „Trophoneurosen", der Herpes zoster ophthalmicus und die Keratitis neuroparalytica finden eine besonders eingehende Behandlung, und werden zum Schluss durch eine eigene Theorie der Verfasser unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte betrachtet. Die Existenz besonderer trophischer Fasern im Trigeminus sei nicht erwiesen. Für das Zustandekommen des Zoster sowohl wie der Keratitis sei es nötig, dass an irgend einer Stelle im Verlaufe des Nerven, von der Peripherie bis zu seiner Endigung in der Medulla, ein pathologischer Reiz bestände. Eine völlige Unterbrechung des Nerven ohne solchen Reiz bewirke dagegen niemals die genannten Veränderungen. Das wurde besonders durch die Erfahrungen Krauses nach Exstirpation des Ganglion Gasseri erwiesen.

Von der enormen Reichhaltigkeit des Werkes, den übersichtlichen tabellarischen Zusammenstellungen klinischer und pathologisch-anatomischer Erfahrungen, kann ein Referat natürlich keinen Begriff geben.

49 gut gelungene Abbildungen dienen dazu, an geeigneter Stelle die Anschaulichkeit des Textes zu erhöhen. Storch, Breslau.

XXVII) **Paul Garnier** et **Paul Cololian.** Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, hygiène et prophylaxie. Paris. J. B. Baillière et fils. 496 Seiten.

Wer in einem Buche eine eingehende Beschreibung der neurologischen Therapie vermutet, wird enttäuscht sein, denn die Verfasser beschränken sich im wesentlichen auf die sehr sorgfältige und verdienstvolle Darstellung alles dessen, was zur Behandlung der Psychosen, der Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie dient. Die historische Schilderung der Lage des Geisteskranken, in der das Märchen von Pinels berühmter Abnahme der Ketten fehlt, um durch die wertvolleren therapeutischen Auseinandersetzungen aus seinen Werken ersetzt zu werden, führt die Verfasser zu einer Beschreibung der jetzigen Zustände. Zwischen den Zeilen ist unverkennbar zu lesen, dass die Abschaffung des Zwanges wohl noch auf schlimme Gegner unter manchen Anstaltsleitern Frankreichs stösst, und dass insbesondere nicht alle Asyle des Departements Seine den modernen Anforderungen entsprechen. Die Wachabteilung hätte wohl noch eine schärfere Betonung finden dürfen. Als Ideal der Anstalt wird empfohlen: eine landwirtschaftliche Kolonie mit offenen Thüren und eine damit verbundene Centralanstalt, die in 3 Teile zerfällt: in eine Aufnahmestation für Bettbehandlung, eine Abteilung für körperlich Kranke und einen Pavillon für gefährliche Kranke. Die verbrecherischen Geisteskranken sollen in einem Asile de sûreté untergebracht werden, und zwar vor allem diejenigen, die für ihre Umgebung gefährlich geworden sind, auch wenn sie nicht offiziell als Verbrecher gelten; Sträflinge, die in der Haft erkranken, gehören in das asile-prison. Diese Regelung hat sich nach deutschen Erfahrungen nicht sehr bewährt.

Auch die Anstalten für Alkoholisten, Epileptiker, Idioten finden ihre Besprechung, ebenso wie die Familienpflege und die Unterbringung von Kranken bei Wärtern.

Sehr eingehend erörterten die Verfasser die Wirkung der Arzneimittel. Mich hat sehr überrascht zu lesen, dass schon 3 Gramm Brom die psychische Leistungsfähigkeit in hohem Maasse herabsetzen; man scheint sich in Frankreich vor Brom mehr zu fürchten als vor Chloral, bei dem die Gefahr des Herztodes nicht einmal erwähnt wird; dementsprechend wird es auch neben Bädern, Bettruhe und Brom im speziellen Teile beim delirium tremens empfohlen, was mir bedenklich erscheint.

Die Wirkung der Bäder, sowohl kalter als warmer, wird genau besprochen; die Ansicht, dass ein warmes Bad nicht länger als 4 Stunden ausgedehnt werden dürfe, ist aber durch die Erfahrungen längst als irrtümlich widerlegt worden.

Aus der Besprechung der einzelnen Psychosen sei hervorgehoben, dass die Verfasser bei ganz frischer Paralyse, wenn die Lues nicht älter als 4—8 Jahre ist, zu schmieren raten, sonst aber autiluetische Kuren verwerfen. Die Entziehung des Morphiums geschieht am besten schnell (Erlenmeyer'sche Methode). Dass die Verfasser der Hypnose als Behandlungsmethode jeden Wert absprechen, zeigt, wie wenig man in Frankreich noch die Charcot'schen Anschauungen überwunden hat. So wird behauptet, dass Neurastheniker überhaupt nicht hypnotisierbar sind.

Die Schlussbetrachtungen sind den Ursachen und der Prophylaxe der Geisteskrankheiten gewidmet, ohne dass, was allerdings bei der Natur dieses Gegenstandes natürlich ist, viel mehr wie allgemeine Ratschläge gegeben werden, mit Ausnahme des Kampfes gegen den Alkoholismus und die Syphilis.

Die Verfasser haben mit einer ungewöhnlichen Kenntnis auswärtiger

Litteratur die Verhältnisse Frankreichs mit denen fremder Länder verglichen; wenn auch ab und zu der Wunsch zu erkennen ist, den Anteil der eigenen Landsleute an den Fortschritten der psychiatrischen Behandlung besonders stark hervorzuheben, so ist doch andererseits auch das Bestreben, objektiv zu bleiben, nicht zu verkennen, und zuweilen erweckt die Darstellung geradezu den Eindruck, als ob die Verfasser den französischen Irrenärzten die Augen über den Vorsprung öffnen wollten, den die Nachbarn, besonders die jenseits des Rheines, vor Frankreich gewonnen haben. Verwunderlich ist die geringe Sorgfalt, mit der alle deutschen Namen abgedruckt sind (Goppingen, Dolldorf, Wuhlzarten, Tschordross u. ähnl.); da jedenfalls einer der beiden Autoren das Deutsche beherrscht, wie die Verwertung deutscher Arbeiten zeigt, so hätte das wohl vermieden werden können. Aschaffenburg.

XXVIII) **A. Delbrück:** Hygiene des Alkoholismus. Besonderer Abdruck aus dem Handbuch der Hygiene, herausgegeben von Th. Weyl. Erster Supplementband. Jena, Gustav Fischer, 1901.

Der bekannte Vorkämpfer der modernen Abstinenzbewegung hat in der vorliegenden wissenschaftlichen Darstellung des Alkoholismus den Versuch gemacht, alle Thatsachen zusammenzutragen, welche ein Bild der Bedeutung des Alkohols für den Einzelnen, wie für die Gesamtheit zu geben vermögen. Wenn das Buch auch nur wenig wirklich Neues bringt, so trägt es doch auch da, wo es bekannte Dinge zusammenstellt, einen so individuellen Charakter, dass es weit mehr ist, als nur ein Nachschlagebuch.

Im ersten Teil erörtert Delbrück die Ursachen des Alkoholismus; er schildert die einzelnen geistigen Getränke und betont dabei besonders, dass der Bierkonsum, wie er namentlich im südlichen Deutschland zu Hause ist, ebenso schädlich sei, wie der Branntweingenuss in den nördlichen und östlichen Teilen Deutschlands. Es muss allerdings gesagt werden, dass Delbrück bei seiner Beweisführung nicht immer ganz streng wissenschaftlich verfährt und dadurch dem Gegner seiner Anschauungen gewisse Angriffspunkte bietet. Ein Beispiel: Um darzulegen, dass der Biertrinker ebenso viel Alkohol zu sich nimmt wie der Schnapstrinker, stellt Delbrück dem Bremer Arbeiter den österreichischen Bierbrauer gegenüber. Das ist natürlich nicht statthaft, da hinreichend bekannt ist, dass Bierbrauer mehr Bier trinken, als andere Arbeiter. Auch sonst wird in dem Kapitel über die geistigen Getränke die Subjektivität des Verfassers in manchen Punkten deutlich fühlbar; manche Behauptungen sind in der kategorischen Form, in der sie gegeben werden, anfechtbar, wie z. B. die, dass beim Biertrinker das Gehirn den Alkohol in fast gleicher Konzentration erhalte, wie beim Schnapstrinker.

Umfangreiche statistische Mitteilungen veranschaulichen den gegenwärtigen Alkoholverbrauch der einzelnen Kulturstaaten. Diese statistischen Ausführungen sind von grossem Interesse und müssen selbst den begeisterten Trinker stutzig machen und ihm die Gefahren der zunehmenden Alkoholverseuchung unseres Volkes vor Augen führen. Leider hat Delbrück auch hier der Kritik manchen Angriffspunkt geboten. Das Vertrauen zu einer statistischen Beweisführung muss erschüttert werden, wenn man liest, dass bei der Berechnung des Alkoholkonsums der einzelnen Länder „der Verbrauch von Sprit für industrielle Zwecke nicht in Abzug gebracht ist.“

Die Kapitel über die sozialen und individuellen Ursachen des Alkoholismus sind trefflich geschrieben und enthalten bei aller Kürze das Wichtigste. Doch ist zu erwähnen, dass die Beweisführung für den Satz, 80 % der trunksüchtigen Männer seien auf Konto der Trinksitte zu setzen, nicht zwingend ist.

Der zweite Teil des Buches handelt von den Erscheinungen des Alkoholismus; dabei sind die Wirkungen des Alkohols auf das Gehirn, seine Bedeutung für das Entstehen von Verbrechen und Geisteskrankheit, sein verhängnisvoller Einfluss auf die Entwicklung der Nachkommenschaft besonders eingehend erörtert. Freilich vermisst man auch hier manchmal die ruhige Objektivität des Forschers; manches Zweifelhafte wird als sicher dargestellt und namentlich fehlt es durchaus an einem genaueren Eingehen auf die tiefere Psychologie des Genusses alkoholischer Getränke. Delbrück selbst kennt sie natürlich genau, aber er spricht kaum von ihr. Und das ist vielleicht nicht klug, weil dadurch der Eindruck erweckt werden kann, als ob Delbrück im Kampf für seine gute Sache den Schwierigkeiten aus dem Wege gehe und damit ein Verfahren einschlage, das in der praktischen Agitation berechtigt ist, in einem wissenschaftlichen Buch aber als ein Mangel empfunden werden muss.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Bekämpfung des Alkoholismus; es ist das beste des ganzen Buches. Hier bespricht der erfahrene Praktiker zunächst die Behandlung der Trunksucht in und ausserhalb der Anstalten, erörtert dann die Stellung des Alkohols in der Therapie, schildert kurz die Prophylaxe des Alkoholismus und giebt endlich eine anschauliche Darstellung der Geschichte des Kampfes gegen die Trunksucht. In einem weiteren Kapitel werden gesetzgeberische Massregeln besprochen und dann eine Reihe anderer Momente erörtert, die geeignet sind, der Ausbreitung der Trunksucht entgegenzutreten. Dabei fällt auf, dass Delbrück auf die Beschaffung guter alkoholfreier Getränke nicht den Wert legt, den ihr viele Andere beimessen. In einem letzten Kapitel: „Abstinenz oder Mässigkeit“ bringt Delbrück in temperamentvoller Darstellung alle die Gesichtspunkte vor, die bei den Abstinenten zu der bekannten schroffen Ablehnung des Mässigkeitsstandpunktes führen und die vor einiger Zeit bei der Polemik gegen Moebius eine ausführliche, wenn auch nicht immer erfreuliche Erörterung erfahren haben. Gaupp.

XXIX) **E. Siemerling:** Bericht über die Wirksamkeit der psychiatrischen Universitätsklinik zu Tübingen in der Zeit vom 1. November 1893 bis 1. Januar 1901 nebst Geschichte ihrer Entstehung. Tübingen, F. Pietzker 1901. 35 S.

Siemerling, der erste Direktor der Tübinger psychiatrischen Klinik, gab bei seiner Uebersiedelung nach Kiel einen Bericht über die Entwickelung der Klinik während der Zeit seiner Direktion heraus. Aus dieser Schrift sei folgendes hervorgehoben: Die Klinik wurde am 1. November 1893 eröffnet und erfreut sich seither einer raschen Zunahme der jährlichen Aufnahmen. Ausserordentlich günstige Aufnahmebedingungen haben wohl in erster Linie dazu beigetragen, dass die Klinik, obwohl sie keinen scharf abgegrenzten Aufnahmebezirk hat, trotzdem von den Kranken in immer steigender Zahl aufgesucht wurde. Während im Jahre 1895 nur 263 Kranke aufgenommen wurden, ist die Zahl der Aufnahmen im Jahre 1900 auf 578 gestiegen. Eine Reihe von Tabellen giebt wertvolle Aufschlüsse über Kranken-Zu- und Abgang

und über andere Fragen der Irrenstatistik. Tabelle 14 gewährt eine Uebersicht über die Häufigkeit der verschiedenen Krankheitsformen, wobei die veraltete amtliche Einteilung zu Grunde gelegt wird. Die sogenannten einfachen Seelenstörungen überwiegen mit 61 %. Paralysen machen nur 4,2 %, Deliranten und Alkoholisten 6,6 % der Aufnahmen aus. Siemerling vergleicht diese Zahlen mit denen der Irrenabteilung der Berliner Charité und entwirft dadurch ein anschauliches Bild der grossen Verschiedenheit der Psychosen bei grossstädtischer und bei vorwiegend ländlicher Bevölkerung. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass die depressiven Psychosen in der Form der Melancholie stark überwiegen: er erklärt diese Thatsache dadurch, dass „das Hauptkontingent der Aufnahmen die ländliche Bevölkerung stellt und dass unter dieser erfahrungsgemäss, wie es auch anderswo beobachtet ist (z. B. in der Provinz Schleswig-Holstein), die depressiven Formen unter dem Bilde der Melancholie überwiegen."

In einer Anmerkung teilt Siemerling mit, dass einzelne Krankheitsformen (Melancholie, Paralyse) eine besondere Bearbeitung erfahren werden.

Den Schluss des Berichtes bildet die Geschichte der Entstehung der Tübinger Klinik, die schon im Jahre 1817 geplant wurde, um erst 73 Jahre später wirklich gebaut zu werden. Gaupp.

XXX) **Theodor Ziehen:** Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Bd. V, Heft 1. Berlin, Reuther und Reichard. 1902. 79 S. Preis 1,80 Mk.

In 3 Abhandlungen will Ziehen die Psychosen des Kindesalters einem Leserkreis vor Augen führen, der wohl nur zum Teile aus Aerzten besteht, wie nach dem Orte der Veröffentlichung angenommen werden muss. Die 1. Abhandlung liegt vor. In ihr wird ein Teil der Defektpsychosen geschildert. Ziehen gliedert den gesamten Stoff in seiner bekannten Weise in Psychosen mit und ohne Intelligenzdefekt. Von den Psychosen mit Intelligenzdefekt (Defektpsychosen, organische Psychosen) schildert er im ersten Hefte die angeborenen Defektpsychosen (Idiotie, Cretinismus, Imbezillität, Debilität) und von den erworbenen Defektpsychosen die Dementia paralytica und den epileptischen Schwachsinn. Die folgenden Hefte werden dann die Demenz bei Herderkrankungen und die Dementia praecox und weiterhin die Psychosen ohne Intelligenzdefekt darstellen.

Wer Ziehens physiologische Psychologie und sein Lehrbuch der Psychiatrie kennt, der findet im Ganzen in der vorliegenden Abhandlung wenig Neues. Den Psychiater wird die eingehende, lichtvolle Darstellung der Behandlung geistesschwacher Kinder am meisten interessieren. Gemäss dem Zweck der Abhandlung (Belehrung pädagogischer Kreise) ist diese Therapie des angeborenen Schwachsinns besonders ausführlich behandelt.

Bisweilen fällt auf, dass Ziehen in apodiktischer Form Einzelerfahrungen verallgemeinert. So sagt er z. B. S. 25, leichte Imbezillen seien nicht imstande, Eiche und Buche zu unterscheiden, weil das Erinnerungsbild nicht scharf genug sei. Diese Behauptung ist in ihrer Allgemeinheit zweifellos falsch. Es giebt selbst hochgradig imbezille Personen, die bei guter optischer Ver-

anlagung mühelos eine Eiche wie eine Buche unterscheiden und sogar aus dem Gedächtnis zeichnen können.

Auch sonst findet man an manchen Stellen Behauptungen, welche den Erfahrungen Anderer widersprechen. Gaupp.

XXXI) **Max Heim**: Die nervöse Schlaflosigkeit, ihre Ursachen und ihre Behandlung. Bonn, Fr. Cohen. 1902. 59 S.

Der Verfasser, welcher „Spezialarzt für diätetische und physikalische Therapie" ist, schildert in der kleinen Schrift in populärer Weise die Ursachen der Schlaflosigkeit und die verschiedenen Mittel zu ihrer Beseitigung. In seinen theoretischen Ausführungen über das Wesen des Schlafes und die Pathologie der Schlaflosigkeit stützt er sich namentlich auf die bekannten Anschauungen von Verworn und Binswanger. Seine Ansicht, dass der Anfangsschlaf bei allen Menschen der tiefste ist, hält Ref. für zweifellos falsch; Michelsons Untersuchungen über die Schlaftiefe haben zu anderen Ergebnissen geführt. Wichtiger als die theoretischen Erörterungen, die mit dem üblichen Schema von Assimilation und Dissimilation bei der Neurasthenie arbeiten, sind die praktischen Ratschläge des Verfassers, die volle Berücksichtigung verdienen, zumal Heim causale und nicht blos symptomatische Therapie treibt. Er legt Wert auf Vermeidung der Ursachen der Schlaflosigkeit, schildert allgemeine Massnahmen zur Erleichterung des Einschlafens und Erzeugung einer normalen Müdigkeit und bespricht weiterhin eingehend die physikalisch-diätetische Behandlung der Schlaflosigkeit (Hydrotherapie, Massage, Elektrotherapie, klimatische Kuren, Balneotherapie). Besonders gut erscheinen die Ausführungen über die klimatischen Kuren, über Höhenluft und Seeluft. Dann bespricht Heim noch die hypnotische Behandlung der Agrypnie, von der er weniger hält, und die medikamentöse Behandlung, die er verwirft, weil sie keinen normalen Schlaf, sondern Narcose erziele; Narcotica seien schädlich, weil sie „auf beide Phasen des Stoffwechsels (Dissimilation und Assimilation) in den Neuronen lähmend wirken" sollen.

Die Abhandlung ist so populär geschrieben, dass sie mit Ausnahme der nebensächlichen theoretischen Ausführungen von jedem gebildeten Laien verstanden werden kann, aber auch für den Neurologen bietet sie wegen ihrer bequemen Zusammenstellung der verschiedenen Behandlungsarten ein gewisses Interesse. Gaupp.

XXXII) **Dr. L. Löwenfeld**: Der Hypnotismus. Handbuch der Lehre von der Hypnose und der Suggestion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für Medizin und Rechtspflege. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1901.

Seit dem Jahre 1895 ist kein grösseres, zusammenfassendes Werk in deutscher Sprache über die hypnotischen Erscheinungen mehr publiziert worden. Und doch haben die Fortschritte auch auf diesem wichtigen Gebiete nicht Halt gemacht, wenngleich dem raschen Forschungstempo und dem Schlag auf Schlag mit Erfolg gekrönten Entdeckungseifer der achtziger Jahre eine etwas stillere Zeit, eine Zeit der wissenschaftlichen Vertiefung gefolgt ist. Auch die letzten Jahre haben besonders auf therapeutischem und theoretischem Gebiete eine solche Fülle neuer wissenswerter Fortschritte gebracht, besonders dank

der regen Arbeit der „Berliner Schule“, dass das Buch Löwenfelds eine empfindliche Lücke ausfüllt.

Löwenfeld ist, das durfte man schon nach seinem Lehrbuch der gesamten Psychotherapie schliessen, wie wenige dazu berufen, uns ein Handbuch des derzeitigen Standes des Hypnotismus zu bringen; verfügt er doch neben reichster eigener Erfahrung über eine vollständige Kenntnis der ganzen einschlägigen Litteratur und weiss er doch den Stoff in übersichtlichster Weise zu verarbeiten. Die Klarheit der Darstellung und des Ausdruckes dürften geradezu als mustergültig hingestellt werden. Löwenfeld macht durch diese Vorzüge verwickelte und schwierige psychologische Vorgänge, wie z. B. das Verhältnis des Bewussten zum Unter- und Unbewussten bei Hysterischen und Gesunden, auch dem auf diesem Gebiete weniger Geschulten leicht verständlich.

Im ersten Kapitel wird in anziehender Weise die Geschichte des Hypnotismus geschildert, wobei Mesmer wohl zum ersten Male Gerechtigkeit erfährt als Mann, welcher der „Originalität wie des kritischen Sinnes bar war“ und wenig „echten Forschergeist“ besass, auf der anderen Seite aber „nur das lehrte und in der Praxis anwandte, was seiner Ueberzeugung entsprach.“ Der geschichtliche Ueberblick stellt in kurzen Zügen die Entwickelung des Hypnotismus, nicht der Suggestiverscheinungen überhaupt, dar. Nur die Studien der Charcot'schen Schule werden näher besprochen und es wird schon hier gezeigt, wie die pathologische Auffassung der Hypnose durch die Schule der Salpêtrière zu Absurditäten führt und unhaltbar ist.

Im zweiten Kapitel wird die Suggestion behandelt. Der Verfasser betont mit Recht, dass durch die Anwendung des Wortes Suggestion sowohl für „den Vorgang, durch welchen die als Suggestion bezeichneten psychischen Erscheinungen hervorgerufen werden“, wie für „diese psychischen Erscheinungen selbst“ Unklarheiten entstehen; er will das erstere mit Suggerieren, das letztere mit Suggestion bezeichnet wissen. Nur schade, dass er selbst seinen Vorschlag nicht konsequent durchführt. Den wesentlichen Unterschied zwischen dem Erzeugen von Vorstellungen durch Suggerieren und anderen Arten der Beeinflussung sieht Löwenfeld im Verhalten des Bewusstseins, oder genauer gesagt, der associativen Thätigkeit. Die Suggestion bleibt von associativer Korrektur unbeeinflusst und kann so nach anderer Richtung eine aussergewöhnliche Wirkung hervorrufen, indem sich ihr Inhalt realisiert. Wir möchten es bezweifeln, ob der Verfasser mit dieser engen Definition allen Erscheinungsformen der Suggestion im Wachleben, die er später selbst erörtert, gerecht wird. Den grössten Teil der sogenannten Autosuggestionen führt er auf indirekte Suggestionen zurück, da man meistens äussere veranlassende Momente auffindet, sogar bei einzelnen Individuen bestimmte Autosuggestionen nach Belieben hervorrufen kann.

Im zweiten Kapitel wird die Suggestibilität, im dritten Hypnose und Schlaf abgehandelt:

„Die Hypnose ist ein Zustand partiellen Schlafes, dem dieselben physiologischen Veränderungen in dem funktionellen Verhalten der kortikalen Elemente zu Grunde liegen, wie dem natürlichen Schlafe, und die verschiedenen Formen und Grade des hypnotischen Zustandes sind lediglich durch die Schwankungen in der Ausbreitung der in Frage stehenden Veränderungen in den einzelnen Fällen bedingt.“ Löwenfeld kommt unter Berücksichtigung aller bekannten

Varietäten des Schlafes und der Hypnose zu dieser Ansicht; bei einer solchen Vergleichung bildet weder das Verhalten des Bewusstseins oder der Aufmerksamkeit, noch das Rapportverhältnis, noch die Desorientierung, oder das Verhalten auf Reize, noch das Träumen, die Art des Einschlafens oder Erwachens einen durchgehenden Unterschied zwischen Hypnose und Schlaf. Alle Symptome hier können ihre Analoga dort haben und umgekehrt. Der Verfasser nimmt mit Vogt je nach der Ausbreitung und Lokalisation der Erregbarkeitsveränderungen verschiedene Arten des partiellen Wach- resp. Schlafzustandes an, in die sowohl die natürlichen, wie die hypnotischen Schlafzustände untergebracht werden können. Er stützt sich dabei auch auf die interessanten Untersuchungen Vogts, nach denen der Muskeltonus und das durch den Plethysmographen gemessene Armvolumen beim spontanen Einschlafen, wie beim Eintritt der Hypnose dieselben Veränderungen zeigen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die sehr sorgfältigen Untersuchungen Lehmanns (die körperlichen Aeusserungen psychischer Zustände) andere Resultate zeitigten. Lehmann fand ausser Pulsverkürzung gar keine Veränderungen im hypnotischen Schlaf, Pulshöhe und Armvolumen blieben gleich, während sich der gewöhnliche Schlaf durch starke Volumssteigerung und Pulsverlängerung auszeichnet. Ein vielseitiges und genaues Studium des physiologischen Verhaltens in den verschiedenen Schlafzuständen würde jedenfalls mehr Licht bringen, als die auf psychologische Hypothesen gegründeten Erklärungsversuche.

Bezüglich der Hypnotisierbarkeit (Kap. 5) steht Löwenfeld auf dem Standpunkt Forels, dass sie eine seelische Eigenschaft darstellt, welche jedem gesunden Menschen zukommt. Dagegen kann er die Ansicht Vogts nicht teilen, dass jeder geistig Gesunde mit der nötigen Geduld in Somnambulismus versetzt werden könne, trotzdem er zugiebt, dass der Prozentsatz der Erfolge im wesentlichen nur das Mass der Geschicklichkeit der einzelnen Beobachter im Hypnotisieren ausdrückt. Löwenfeld teilt leider seine eigenen Resultate nicht mit.

6. Die Technik der Hypnotisierung. Verfasser hat im Lauf der Jahre das Liébeault-Bernheim'sche Hypnotisierverfahren verlassen, weil sich die Müdigkeitserscheinungen bei der Kombination von Fixation und verbalem Suggerieren oft auf das Auge beschränken und weil andererseits auf das Fixieren zu viel Aufmerksamkeit verwendet wird und weil viele Leute ohne Ermüdung lange fixieren können. Löwenfeld lässt die Kranken zuerst mit geschlossenen Augen auf einem Sopha oder Fauteuil Platz nehmen und während einiger Minuten langsam von 1 bis 100 zählen. Erst wenn er so Müdigkeit und Schläfrigkeit hervorgerufen hat, beginnt er mit dem eigentlichen Hypnotisierungsverfahren, indem er allgemeine Müdigkeitserscheinungen und erst sekundär, auch solche an den Augen suggeriert. In einer dritten Phase wird dann durch weitere Eingebungen im Sinne des Schwindens des Bewusstseins, Aufhörens des Denkens, der Sinneseindrücke, der Schlaf vertieft. Bei weiblichen Personen macht er zur Unterstützung häufig von mesmerischen Strichen Gebrauch, denen er neben der suggestiven auch eine somatisch-nervöse hypnosigene Wirkung zuschreibt. Daneben verwendet er sehr häufig die fraktionierte Methode von Vogt, deren grössere Sicherheit und deren bedeutende Vorteile für Anfänger er hervorhebt. Den weiteren grösseren Vorzug der Methode, dass die Kranken durch dieselbe in der Selbstbeobachtung geschult,

besser über das Wesen der Hypnose aufgeklärt und daher für einen dauernden Heilerfolg wertvoll vorbereitet werden, kennt Löwenfeld wohl auch, wenn er ihn auch nicht ausdrücklich erwähnt. Löwenfeld empfiehlt sehr warm die Aufklärung des zu Hypnotisierenden und warnt davor, bei Ungebildeten den geheimnisvollen, magischen Charakter der Hypnose zu benützen, ein Standpunkt, den man nicht genug unterstützen kann.

Sehr eingehend werden im siebenten Kapitel alle Erscheinungen der normalen Hypnose besprochen. Löwenfeld hält die Unterscheidung einer grösseren Anzahl von Graden der Hypnose für unzweckmässig und will nur zwei Grade, die leichte und die tiefe Hypnose annehmen, je nach dem Gesamtverhalten des Hypnotisierten. Da nicht Gegenwart oder Mangel einzelner hypnotischer Phenomene, wie Amnesie, Hallucinationsfähigkeit, Katalepsie u. dgl. für den Grad entscheidend sind, giebt Löwenfeld wohl stillschweigend zu, dass zur näheren Charakterisierung des erzielten Zustandes eine detaillierte Aufzählung der Symptome nötig ist. Sehr eingehend und klar widerlegt er das noch häufig gegen die Hypnose ins Feld geführte Vorurteil, der Hypnotisierte werde zum willenlosen Werkzeug des Hypnotiseurs. „Im allgemeinen erweist sich der Hypnotisierte den erteilten Eingebungen nur insoweit folgsam, als ihm dieselben gleichgiltig sind oder wenigstens deren Annahme mit den Grundzügen seines Charakters und der bei ihm vorherrschenden Gefühlsrichtung nicht unvereinbar ist.“ Im 16. Kapitel, Hypnose und Suggestion in ihrer Bedeutung für die Rechtspflege wird an Hand der ganzen bekannten Literatur die gerichtliche Bedeutung dieses Satzes noch besonders betont, es wird aufs klarste dargethan, dass die Verleitung moralisch vollwertiger Individuen zu Verbrechen in der Hypnose oder durch posthypnotisch wirksame Eingebungen unmöglich ist. Entgegen Vogt betont Löwenfeld mehrfach und ausdrücklich, „dass von einer durchgehenden Proportionalität zwischen Suggestibilität und Tiefe der Hypnose keine Rede sein kann“, und er sucht diese auch von anderen Autoren beobachtete Thatsache, soviel ich weiss, zum erstenmal damit zu erklären, dass tiefe Hypnosen sich trotz Fortbestehens des Rapportverhältnisses durch diffuse Ausbreitung der Schlafhemmung dem gewöhnlichen Schlafe nähern können. Bei Hysterischen kann durch das Auftreten pathologischer Erscheinungen die Suggestibilität in der tiefen Hypnose leiden. Ebenso findet er, „dass ein bestimmtes Verhältnis zwischen den Dispositionen zur Realisierung intra- und posthypnotischer Eingebungen nicht besteht.“

Zu den pathologischen Hypnosen (Kap. 8) rechnet Löwenfeld alle diejenigen Formen, welche mit hysterischen Erscheinungen, spontanen Somnambulien oder Krampferscheinungen kompliziert sind. Schon das Auftreten somnambuler Träume ist abnorm und bildet den Uebergang zu den pathologischen Formen. Die Hypnose erleichtert das Auftreten hysterischer Erscheinungen bei Individuen, die auch ausserhalb der Hypnose solche Symptome haben. Das berechtigt aber noch lange nicht dazu, die Hypnose mit der Hysterie zu identificieren.

Zu den weiteren besonderen Formen der Hypnose rechnet Löwenfeld die Fascination, den Somnambulismus mit auffallend geringer Suggestibilität, wie er bei sehr passiven Naturen gefunden wird, und den Yogaschlaf.

Den Praktiker interessieren vor allem noch die Kapitel 10. über die posthypnotischen Erscheinungen, 15. Hypnose und Suggestion im Dienste der Medizin und das oben erwähnte Kapitel 16.

Für die Therapie kommen in Betracht: 1. die Verwertung des hypnotischen Schlafzustandes allein, 2. die Ausnützung der dem hypnotischen Zustande eigentümlichen erhöhten Suggestibilität und 3. die Ausnützung der dem hypnotischen Zustande eigentümlichen Hypermnesie. Alle drei Anwendungen werden sehr gründlich und kritisch durchgesprochen und an Hand reichster Erfahrung beleuchtet. Löwenfeld wendet sich mit ebensoviel Geschick wie Ueberzeugungskraft gegen diejenigen, welche der Hypnose den therapeutischen Wert absprechen wollen und in der Anwendung derselben grosse Gefahren wittern, die Hypnose sogar unter den ätiologischen Faktoren der Geisteskrankheiten einrangiert wissen wollen, oder diejenigen, welche die Hypnose höchstens als ultimum refugium in der therapeutischen Rüstkammer anerkennen, wie gegen die Verfechter der Meinung, dass die Hypnose eine psychotherapeutische Panacee sei, dass die Suggestion überhaupt in der Therapie dominiere und das einzig wirksame Prinzip der physikalischen Behandlungsmethoden darstelle. Warm unterstützen möchten wir den Rat Löwenfeld's, die hypnotische Suggestion zur Unterstützung und Erleichterung chemischer Narkosen in ausgiebigem Masse herbeizuziehen. Chirurgen und Geburtshelfer könnten sich damit manche Mühe und manchen unangenehmen Zwischenfall ersparen. Um die Zahl der Indikationen zu hypnotischer Behandlung zu ergänzen, sei hier noch die Seekrankheit erwähnt, bei der die Hypnose doch das einzige Mittel ist, das in vielen Fällen hilft.

Sehr interessant sind auch die übrigen Kapitel über die aussergewöhnlichen Erscheinungen des Somnambulismus, über die der Hypnose verwandten Zustände, über die Hypnose bei Tieren, Theoretisches, über Hypnotismus und Psychologie und über die Suggestion in ihrer Bedeutung für das geistige Leben der Massen. Wenn man auch Löwenfeld in seinen theoretischen Auseinandersetzungen, wie Schlaftheorie, Erklärung des Hellsehens, der Telepathie u. dgl. nicht überall beistimmen kann, so ist doch hervorzuheben, dass die gründliche Behandlung aller dieser Fragen die Durcharbeitung zu einem einheitlichen Standpunkt beweist; diese scheinbar vom Hauptthema abgelegenen Kapitel fügen sich daher als organische, unentbehrliche Glieder in das ganze Werk ein.

Diese Zeilen wollten jedoch besonders auf die für den Praktiker unmittelbar wichtigen Kapitel hinweisen. Das Referat musste sich auch darauf beschränken, einige Punkte hervorzuheben, in denen der Verfasser einen originellen Standpunkt einnimmt. Die Hauptstärke des Buches liegt aber nicht in den neu gewonnenen Gesichtspunkten, sondern vor allem in der meisterhaften Sichtung und Verarbeitung des Bekannten und in der klaren Wiedergabe alles auf diesem Gebiete Wissenswerten. Das Buch giebt so nicht nur dem Praktiker alles mit, was er zur Einführung in die Disziplin und zur Ausübung der Hypnotherapie braucht, auch der Forscher findet in den verschiedenen Fragen die Basis zum weiteren Arbeiten breit vorbereitet. Ein, soweit wir sehen konnten, vollständiges, nach dem Inhalt der einzelnen Kapitel gegliedertes Litteraturverzeichnis, bildet eine sehr willkommene Beigabe. Wenn die Zahl der entschiedenen Freunde der Hypnotherapie in neuerer Zeit keine starke

Vermehrung gefunden hat, so liegt dies sicher nicht an den Nachteilen, die dem Verfahren als solchem anhaften. Vielmehr ist die grosse Masse der ärztlichen Praktiker über die Leistungsfähigkeit der Hypnotherapie und über ihre Indikationen noch so wenig orientiert. „Dieser Missstand ist in erster Linie auf den Mangel an Unterrichtsgelegenheit für diesen Zweig der Therapie an unseren Universitäten zurückzuführen.“ „Soweit ich die Litteratur übersehen kann, ist kein Autor, welcher jahrelang mit voller Unbefangenheit und Unverdrossenheit die Hypnotherapie klinisch geprüft hat, zu einem absprechenden Urteile über dieselbe gelangt, und keiner von denjenigen, welche die Hypnotherapie als verwerflich oder entbehrlich bezeichnen, hat den Nachweis erbracht, dass seine Behauptungen auf ausreichende eigene Erfahrungen sich stützen.“ Wir wünschen dem Buche vor allem an den Nervenkliniken, wo man die Hypnose noch vielerorts nur vom Hörensagen kennt, aber auch bei den praktizierenden Neurologen und den allgemein praktisch thätigen Aerzten gründliche Berücksichtigung.

von Muralt.

XXXIII) **P. J. Moebius:** Ueber den Kopfschmerz. Halle a. S. C. Marhold 1902. 46 S.

Die Abhandlung ist, wie Moebius selbst sagt, eine „medizinische Plauderei“, sie ist nicht strengwissenschaftlich, aber doch gründlich und sehr interessant. Wer des Verfassers Buch über die Migräne kennt, findet manches Bekannte wieder. Inhalt und Form der Schrift zeigen die bekannten Vorzüge des Leipziger Neurologen: selbständiges Denken, philosophische Ruhe und Gelassenheit in der Beurteilung therapeutischer Moden, gründliches Eingehen auf die wahren Ursachen pathologischer Erscheinungen und ein gutes Deutsch, das Jeder gerne liest. Die Schrift enthält mehr als ihr Titel besagt; namentlich finden sich darin treffliche Ausführungen über das Wesen der Suggestion, die Natur hysterischer Schmerzen u. a. m.

Moebius schildert hauptsächlich drei Formen von Kopfschmerz: die Migräne, den Kopfschmerz durch Ermüdung und den suggerierten Kopfschmerz.

Die Abhandlung sei jedem Arzte als anregende Schrift empfohlen. Sie ist so klar geschrieben, dass sie zum grossen Teil (wenn auch nicht durchweg) für jeden Gebildeten verständlich ist. Das war von Moebius auch bezweckt.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

I. Sogenannte Angio-Trophoneurosen und Verwandtes.

66) **de Buck:** Nouvelle contribution à la dissociation fasciculaire ou hersage des nerfs dans les troubles angioneurotrophiques.

(Journ. d. Neurol. 1900, p. 302.)

Eine 39jährige Frau, die seit der Jugend an Frostbeulen litt, erkrankte vor zehn Jahren an den Pocken und hat seitdem allmählich zunehmende Beschwerden in dem linken Fuss; intensive Paraesthesien und Schmerzen, besonders

stark Nachts und im Bett; die Zehen sind cyanotisch und kalt, die Cyanose steigert sich anfallsweise; keine objektive Sensibilitätsstörung; ausserdem besteht Onychogryphosis. Verf. nimmt als Ursache dieser Angiotrophoneurose Veränderungen der sympathischen Endverzweigungen der Nerven an; er nahm daher eine fasciculäre Spaltung des linken Ischiadicus vor und erzielte einen vollen Erfolg. Cassirer.

---

67) **de Buck** und **v. d. Linden:** Le traitement de l'ulcère variqueux par l'élongation et la dissociation fasciculaire des nerfs.

(Journ. d. Neurol. 1900, p. 208.)

Von der Annahme ausgehend, dass die variciösen Unterschenkelgeschwüre neurotrophischer Genese sind, haben die Verf. zwei solcher Fälle in der im Titel genannten Art und Weise behandelt und dabei guten Erfolg erzielt.

Cassirer.

---

68) **Gasne:** Un cas rare d'ostéo-arthropathie.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1900, 4.)

Gasne teilt folgenden sehr merkwürdigen Fall mit: Ein 20jähriger junger Mann, ohne hereditär-nervöse Belastung und ohne vorausgehende Krankheiten, bemerkte zuerst im Alter von 18 Jahren eine Ungeschicklichkeit und Schwellung der rechten Hand. Diese Schwellung dehnte sich allmählich aus, ergriff Unterarm, Oberarm und Schulter und erreichte nach 14 Monaten ihr Maximum; seitdem ging sie zurück und verblieb etwa auf dem jetzigen Standpunkt. Nie Schmerzen oder irgend welche anderen lokalen oder allgemeinen Störungen. Seit einem halben Jahre bemerkt der Kranke eine Verkleinerung der Hand und Finger. Die Untersuchung ergab erhebliche Abmagerung des Oberarmes (5—6 cm) und Unterarmes (7 cm); der Unterarm ist auch erheblich verkürzt, etwa um 4 cm kürzer als der gesunde. Die Hand ist kuglig rund, die Finger sind verkürzt, verdickt und gespreizt. Das Unterhautgewebe ist infiltriert und bietet ein starres Oedem dar, Oberhaut und Nägel sind intakt. Die Muskeln sind überall atrophisch und auffällig hart, wie Bindegewebszüge, elektrisch reagieren sie normal. Das Interessanteste zeigt das Röntgenbild. Die Carpalknochen sind vollkommen verschwunden, und von diesem Maximalpunkt der knöchernen Veränderungen aus erstreckt sich ein allmählich abnehmender Knochenschwund distal- und proximalwärts; der Radius, der durchgehends schmächtig erscheint, endet in einem dünnen, cylindrischen Teile, jede Spur eines Prozess. styloid. etc. fehlt; noch weniger voluminös ist die Ulna; die Metacarpi stellen zierliche Cylinder dar ohne Andeutung einer maximalen epiphysären Anschwellung, während die noch erkennbaren distalen Gelenkflächen stark verändert sind. Die ersten Phalangen sind im allgemeinen weniger voluminös als in der Norm; besonders ihre Köpfchen sind verschwunden, die übrigen Phalangen sind fast normal. Keinerlei sonstige Symptome. Es handelt sich also der Hauptsache nach um eine ziemlich rasch eingetretene spontane Einschmelzung der Knochen mit sekundären Amyotrophieen und Gelenkveränderungen; vorausgegangen ist ein eigentümliches Oedem. Verf. weist auf eine gewisse Aehnlichkeit mit den tabischen und ähnlichen Arthropathien hin, hält

aber den Fall für einen ganz singulären. Ref. ist geneigt, an Beziehungen zu atypischen Formen der Sklerodermie zu denken und erinnert an einen, in mancher Hinsicht ähnlichen Fall von Pelizaeus. Cassirer.

---

69) **Debove:** L'adipose dolorose.

(La presse médicale 1901, No. 57.)

Debove teilt die Krankengeschichte eines Falles der von Dercum zuerst beschriebenen Adipositas dolorosa mit; es handelt sich um dieselbe Patientin, die Achard und Laubry in der Pariser neurol. Gesellschaft vorgestellt hatten; eine 80jährige Frau, die zuerst vor 15 Jahren Schmerzen in der Lendengegend empfand, die anfallsweise kamen; seit einem Monat Zunahme der Schmerzen; in der ganzen Zeit gelegentlich Hämorrhagien, namentlich Metrorrhagien, auch subkutane Blutungen; wann die geschwulstartigen Anhäufungen von Fett angefangen haben, weiss Pat. nicht. Die nur 1 m 50 cm grosse Pat. wiegt $80\frac{1}{2}$ kg, aber der Fettreichtum ist nicht gleichmässig verteilt, er findet sich vielmehr in symmetrischen Anhäufungen besonders auf der Hinterseite der Oberschenkel und Oberarme, am Bauch, in der Glutäalgegend und im untern Teil der Brust. Verschont sind Hals, Kopf und die gipfelnden Teile der Extremitäten. Angeblich soll die Grösse dieser Anschwellungen einem beträchtlichen Wechsel unterstehen, wofür einigermassen deren abnorme Weichheit und die Beschaffenheit der Haut, die früher stärker ausgedehnt gewesen zu sein scheint, spricht. Die Anschwellungen sind augenblicklich auf Druck mässig schmerzhaft, objektive Sensibilitätsstörungen fehlen zur Zeit. Die Prognose der Affektion ist schlecht inbezug auf die Heilungsaussichten. Man hat die Krankheit auf Veränderungen der Schilddrüse zurückgeführt, aber die gefundenen Alterationen dieses Organs sind unbedeutend. Debove glaubt demgemäss auch nicht, dass es sich um eine abnorme Form des Myxödems handelt. Er denkt an eine Störung der nervösen, den Fettansatz regelnden Funktionen, und zwar nicht der nervösen Centren, sondern der betreffenden peripheren Nervenabschnitte.

Cassirer.

---

70) **de Buck et de Moor:** Un cas de lipomatose symétrique par métaplasie graisseuse du muscle.

(Journ. d. Neurol. 1900, p. 289.)

Ein 30jähriger Mann bemerkte im Alter von 14 Jahren eine Anschwellung in der rechten Lendengegend. Zwei Jahre darauf wurde aus dieser Gegend ein Tumor entfernt, über dessen Beschaffenheit Pat. nichts aussagen kann. Es bildete sich seitdem eine allmählich zunehmende Anschwellung in beiden Lendengegenden, nach und nach von der Crista iliaca bis zur Scapula reichend, ausserdem entstand noch am Steissbein ein Tumor. Die Tumoren fühlten sich an wie Lipome. Pat. empfand keine Unbequemlichkeit erheblicher Art. Ein Exstirpationsversuch misslang, da die Neubildung innig mit der Lendenmuskulatur zusammenhing; die Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab denn auch, dass es sich um Umwandlung von Muskel- in Fettgewebe handelt. Die Verfasser denken an eine neurotrophische Störung unbekannter Genese.

Cassirer.

---

71) **B. Sachs** und **A. Wiener** (New-York): Die Erythromelagie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 15. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Bei einem Manne im mittleren Alter traten plötzlich starke Schmerzen in der linken Wade auf, die nach beiden Richtungen ausstrahlten. Nach einiger Zeit gesellte sich diffuse Rötung und Schwellung des Fusses hinzu. Beim Herabhängen des Fusses werden alle Symptome bedeutend gesteigert. Mehrere Monate nach dem Auftreten dieser „red reuralgia“ bildete sich auf dem Fussrücken ein kleines Geschwür, das sich allmählich vergrösserte, und als dazu eine trockene Gangrän der zweiten Zehe trat, wurde eine Amputation des Oberschenkels ausgeführt. Die Untersuchung der Extremität ergab eine ausgedehnte obliterierende Endarteriitis, wogegen die Nerven bis auf geringfügige Degenerationen normal befunden wurden. Die Autoren halten diesen Krankheitsfall für Erythromelagie, da alle von Weir Mitchell für diese angegebenen Charakteristika vorhanden waren. Nur Gangrän soll nach Mitchell bei der Erythromelagie fehlen. Doch glauben die Verfasser, dass eine solche Beschränkung bei der Definition der Erythromelagie unwesentlich sei und dass Mitchell's Fälle nur schwächere Grade der gleichen Krankheit darstellten. Sie streichen die Erythromelagie aus der Reihe der primär-nervösen Erkrankungen und betrachten sie als eine Krankheit der Arterien.

J. Müller-Würzburg.

---

72) **Aug. Hoffmann** (Düsseldorf): Zur Kenntnis der Hemiatrophia facialis progressiva.

(Neurol. Centralbl. 1900, No. 21.)

H. teilt zwei Fälle mit.

Im ersten handelt es sich um eine durch eine Trauma (Fallen mit der rechten Wange auf die Kante eines Trottoirsteines mit Wunde unterhalb des Orbitalrandes) entstandene rechtsseitige umschriebene Gesichtsatrophie (ohne Lähmung), die durch Behandlung mit den Anoden des galvanischen Stromes in sehr langen Sitzungen entschieden geringer wurde.

Bei dem zweiten Falle war die Hemiatrophie auf dem Boden einer linksseitigen Trigeminusneuralgie entstanden, welche bei der jetzt 42jährigen Frau seit 17 Jahren in heftigen, neuralgischen, allmählich immer häufiger werdenden Schmerzanfällen sich zeigte. Seit einem halben Jahre treten die Anfälle fast stündlich auf, und zugleich hat sich eine Abmagerung der linken Gesichtshälfte herausgebildet, ohne dass eine Lähmung oder Sensibilitätsstörung besteht. Dieser Fall spricht nach H. gegen die Möbius'sche Theorie, dass es sich bei der progressiven Hemiatrophia facialis nicht um eine Trophoneurose, sondern um einen durch toxische Vorgänge veranlassten primären Schwund der Haut handelt.

Hoppe.

---

73) **Lannois:** Une observation de trophoedème chronique héréditaire.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1900, p. 631.)

Lannois hat eine Familie beobachtet, in der mehrere Mitglieder eine Affektion aufwiesen, die von Milroy zuerst genauer beschrieben, von Henry Meige mit dem Namen trophoedème chronique héréditaire belegt wurde, und die in die Klasse der neuropathischen Oedeme gehört. Lannois sah eine

38jährige Frau, deren Vater Epileptiker war, die zuerst im Alter von zehn Jahren ein etwa ein halbes Jahr dauerndes Oedem der Knöchel und Füsse aufwies. Mit 18 Jahren trat dann ziemlich plötzlich eine bedeutende Anschwellung des rechten Unterschenkels auf; seitdem blieb das rechte Bein geschwollen und die Schwellung nahm in einer Schwangerschaft zugleich mit dem Einsetzen einer allgemeinen Adipositas erheblich zu; jedoch wurde auch das linke Bein umfangreicher. Die Untersuchung ergab allgemeine Adipositas, sehr erhebliches festes Oedem des rechten, geringeres des linken Beines; das Oedem ist ein hartes, Fingerdruck bleibt nicht bestehen. Trotz Fehlens einer Anzahl sonst für Myxödem charakteristischer Symptome wurde doch die Diagnose Myxödem vermutungsweise gestellt, und erst fallen gelassen, als Thyreoidinbehandlung ganz ohne Erfolg blieb. Es stellte sich dann heraus, dass die Mutter der Pat. ein Oedem des linken Beines hat, das vor 30 Jahren in der ersten Gravidität sich eingestellt, und in der Folgezeit unter mannigfachen Schwankungen sich entwickelt hatte. Ferner besteht bei einer Schwester eine elastische Schwellung beider Füsse — angeblich im Anschluss an eine Scharlachnephritis entstanden — und bei einer dreijährigen Nichte ebenfalls ein echtes Oedem beider Füsse. In allen Fällen vermochte Verf. keine der gewöhnlichen Ursachen des Oedems nachzuweisen. (Die Fälle erscheinen dem Ref. in ihrer Deutung nicht einwandsfrei und sind jedenfalls viel weniger sicher und ausgesprochen, als die von Milroy und Meige.) Cassirer.

---

74) **Bettmann** (Heidelberg): Ueber eine besondere Form der Urticaria factitia bei der Sklerodermie.

(Berl. klin. Wochenschr. 1901, No. 14.)

B. beobachtete in zwei Fällen von Sklerodermie, die er genauer mitteilt, die Erscheinung des Dermographismus in einer ungewöhnlichen Weise, insofern als sich die Rötung und Anschwellung auffallend langsam entwickelte, keine besondere Intensität erreichte, dafür aber ausserordentlich lange, in dem ersten Fall 5—6 Tage, in dem zweiten bis 20 Stunden, bestehen blieb. Im ersten Falle traten noch andere vasomotorische Erscheinungen auf: an den Händen Anfälle lokaler Cyanose und Synkope, an den Füssen derbe Schwellungen, die auf Fingerdruck keine Dellen hinterliessen und nach wenigen Stunden wieder schwanden, und bei elektrischer Reizung nachträglich eine der Elektrodenfläche entsprechende, bis 24 Stunden bestehende Rötung. Auch diese Erscheinung zeigt also das Symptom der Trägheit in Entwicklung und Rückgang.

Hoppe.

---

2. Andere Neurosen.

75) **Bruandet**: Un cas d'hémispasme facial.

(Revue neurologique No. 14. 1900.)

Bei der 73jährigen Therese B., welche Februar 1900 im Hôpital de la Charité wegen einer traumatischen Affektion Aufnahme fand, trat im 67. Lebensjahre im Anschluss an eine heftige rechtseitige, von dem Verluste einer grösseren Anzahl von Zähnen begleiteten Gesichtsneuralgie der von dem Verfasser beobachtete Hemispasmus facialis auf. Bei der Patientin bestand ferner

Nystagmus transversalis, der schon in der ersten Lebenszeit sich gezeigt haben soll. Die Untersuchung ergab: Asymmetrie des Gesichtes in der Ruhe, der rechte Mundwinkel nach oben und aussen verzogen, die rechte Lidspalte verkleinert. Die Asymmetrie verbleibt auch während des Schlafes. An den Krampfanfällen beteiligen sich alle Muskeln der rechten Gesichtshälfte; dieselben sind in der Regel von Nystagmusbewegungen begleitet. Der Krampf tritt zuweilen anscheinend spontan auf, häufig begleitet derselbe einen Empfindungs- oder Bewegungsvorgang (Pfeifen, Vorstrecken der Zunge etc.). Der Wille äussert keinen Einfluss auf denselben. Sensibilität, Sekretion und Ernährung der Haut zeigen auf der befallenen Seite des Gesichtes keine Veränderung.

Die Kranke erlag einer zufälligen Komplikation (Pneumonie). Die Untersuchung der Brücke und des Fasciculus geniculatus ergab keine Veränderung. Dagegen zeigte sich die Rinde des Fusses der dritten linkseitigen Stirnwindung eingesunken; makroskopische oder mikroskopische Veränderungen dieser Rindenstelle liessen sich jedoch nicht nachweisen. L. Löwenfeld.

---

76) **Noguès et Sirol:** Un cas de torticollis mental.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1899. 6.)

30jähriger Gärtner. Der Pat. hat, ebenso wie sein Grossvater und Vater im Alter von 7—20 Jahren gestottert. Jetzt ist davon nichts mehr zu merken. Im September 1898 traten zuerst ungewollte Bewegungen in der Halsmuskulatur auf, die, allmählich zunehmend, jetzt eine fortdauernde krankhafte Bewegungsunruhe des Kopfes hervorbringen, an der hauptsächlich der rechte Sternokleidomastoideus und Cucullaris beteiligt sind. Es gelingt dem Kranken auch jetzt noch durch energische Willensanstrengung den Kopf für kurze Zeit in eine normale Stellung zu bringen; fernerhin hört der Krampf auf, wenn Pat. anderweitige energische Muskelanstrengungen macht, tanzt, springt etc., auch wenn er oder ein anderer, ohne einen Druck auszuüben, den Finger gegen das Kinn oder die Wange legt; schliesslich hat sich Pat. selbst einen kleinen, einem Lorgnon ähnlichen Apparat konstruiert, den er nur aufzusetzen braucht, um den Spasmus verschwinden zu machen; kurz der Einfluss der Psyche auf den Krampf tritt in jeder Beziehung zu Tage, und es unterliegt daher keinem Zweifel, dass der Fall der Gruppe des von Brissaud geschilderten Torticollis mentalis angehört. Interessant ist, als Stigma degenerationis, das hereditäre Stottern. Cassirer.

---

77) **Séglas:** Un cas de Torticollis mental.
(Revue neurologique 1901, No. 3.)

Der Autor berichtet über folgenden Fall: Bei einer 50jährigen Dame, bei der vor zwölf Jahren die Exstirpation des Uterus und der Adnexe vorgenommen worden war, und bei der seit drei Jahren neurasthenische Beschwerden bestanden (fast kontinuierliche Nackenschmerzen, knackende Geräusche im Nacken bei der geringsten Bewegung, Schlafmangel etc.), entwickelte sich fast gleichzeitig mit letzteren Erscheinungen ein Tic vom Charakter des Torticollis mentalis. Die Kranke glaubte, dass Neigung des Kopfes gegen die Schulter ihr die Nackenschmerzen erleichtere. Diese ursprünglich willkürlich angenommene Haltung wurde allmählich zum unwiderstehlichen Bedürfnisse und zur un-

bewussten Gewohnheit. Anfänglich liess sich die abnorme Haltung ohne Schwierigkeiten korrigieren. Nach dem Ableben des Gatten der Patientin stellten sich jedoch Nackensteifigkeit und Zuckungen ein, womit sich der Torticollis völlig entwickelte. Derselbe betrifft vorzugsweise den M. sternokleidomastoideus und trapezius rechts. Der Kopf ist nach links gedreht und zugleich gegen die rechte Schulter geneigt, die etwas gehoben ist. Diese abnorme Haltung persistiert in Variationen, ihr Maximum erreicht sie auf der Strasse und während des Gehens. Durch gemütliche Erregungen, Schlafmangel und Ermüdungen werden die spastischen Erscheinungen ebenfalls gesteigert. Dieselben lassen sich andererseits durch verschiedene Proceduren rasch verringern und selbst ganz beseitigen, z. B. dadurch, dass die Kranke ihre linke Hand an die gleichseitige Wange legt. Sobald die Berührung mit der Hand aufhört, stellt sich der Tortikollis wieder ein. Der gleiche Akt, von einer anderen Person selbst mit erheblicherer Kraft vorgenommen, führt nicht zur Beseitigung der abnormen Kopfstellung. Diese schwindet andererseits spontan, wenn die Patientin sich zerstreut, z. B. an einer sie interessierenden Unterhaltung teilnimmt. Die Kranke hat seit längerer Zeit auf jedes Bemühen, der Kopfdrehung Widerstand zu leisten, verzichtet, da dasselbe den Krampf nur steigerte. Die Bedeutung des psychischen Faktors für die Herbeiführung des in Frage stehenden Krampfzustandes ergiebt sich, wie der Verfasser betont, aus dem Angeführten zur Genüge. Die Kranke erfuhr durch eine Uebungstherapie nach Brissaud'scher Methode nur eine vorübergehende Besserung und entzog sich schliesslich weiterer Behandlung. L. Löwenfeld.

---

78) **W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber die psychischen Schluckstörungen (Dysphagia psychica).

(Neurol. Centralbl. 1901, No. 14.)

Im Anschluss an Rossolimo's Mitteilungen über Dysphagia amyotactica teilt B. seine Erfahrungen über psychische Störungen der Schluckfunktionen mit, deren er seit zehn bis zwölf Jahren ungefähr zehn Fälle beobachtet hat. Es handelt sich um krankhafte Angstzustände, welche sich in der Furcht vor dem Schlucken oder vielmehr vor dem Sichverschlucken äussern und zeitweise mit der Zwangsidee, an dem Bissen ersticken zu müssen, verbunden sind. Manche Personen wagen deshalb kaum zu essen oder ernähren sich fast ausschliesslich mit flüssiger Nahrung.

In allen Fällen handelte es sich um erblich belastete Individuen, die meist gleichzeitig andere nervöse und hysterische Störungen boten. Nicht selten entwickelt sich das Leiden im Anschluss an irgend ein Vorkommnis beim Schlucken (Steckenbleiben eines Bissens). Tritt es als selbständiger Symptomenkomplex auf, so ist es gewöhnlich sehr hartnäckig. Am meisten wirksam erwies sich hypnotische Behandlung, örtliche Faradisation sowie Behandlung mit Brom, Herzmitteln und Codeïn. Hoppe.

---

79) **Apert:** Chorée avec phénomènes de méningisme. — Rôle possible de la suggestion.

(Bulletins de la société de Pédiatrie de Paris, Band II, S. 189 (séance du 9. oct. 1900.)

A. giebt die Krankengeschichte eines von schwerer Sydenham'scher Chorea betroffenen, sieben Jahre alten Knaben, der unter dem suggestiven Einflusse seiner exaltierten und unvernünftigen Mutter, welche die Krankheit des Kindes für Meningitis hielt, eine Reihe meningitischer Symptome darbot; der Verdacht, dass es sich um eine psychogene Komplikation des Grundleidens handle, wurde durch den raschen Effekt einer zielbewussten suggestiven Behandlung bestärkt. Der Pat. bot im übrigen keine hysterischen Stigmata dar.

Thiemich-Breslau.

---

80) **Hohenthal** (Köln): Ein Fall von saltatorischem Krampf.

(Deut. militärärztl. Zeitschrift. Bd. 29, Heft 2. 1900.)

Ein 20jähriger Kanonier, der bereits gegen Ende seiner Schulzeit über schmerzhafte Wadenkrämpfe, besonders im Anschluss an längeres Gehen zu klagen gehabt hatte, erkrankte plötzlich, wohl infolge der mit den Exerzierübungen verbundenen starken Anstrengungen, an Krämpfen in beiden Beinen, welche die Füsse streckten, so dass er auf die Zehen gehoben wurde und umgefallen wäre, wenn man ihn nicht aufgefangen hätte. Starke Erhöhung der Patellarreflexe und der Fusssohlenreflexe, ohne dass jedoch bei ihrer Prüfung Krämpfe ausgelöst wurden; lebhafte Bauchdeckenreflexe, fehlende Cremasterreflexe. Fussklonus rechts nicht zu erzielen, links dagegen stark entwickelt und von klonischen Streckkrämpfen des Beines gefolgt. Sensibilität normal (nur leichtes Kriebeln in den Füssen), Muskelkraft und elektrisches Verhalten desgleichen. In den ersten Tagen der Bettruhe stellten sich verschiedentlich klonische, schmerzhafte Streckkrämpfe, manchmal auch tonische Krämpfe, aber von kurzer Dauer ein; durch Bestreichen der Fusssohle wurden sie nicht ausgelöst. Nach einigen Tagen hörten die Krämpfe in der Ruhe auf, beim Aufstehen jedoch trat der Krampf der Wadenmuskeln sogleich mit einem Ruck ein und hob den Kranken auf die Zehen. Im Laufe der nächsten Wochen gelang es ihm zwar, wenn er die Beine etwas spreizte und die Kniee etwas nach vorn beugte, auf den Sohlen mit Einschluss der Fersen zu stehen und auch langsam zu gehen, sobald er aber die Kniee wieder nach hinten durchzudrücken oder auch nur einander zu nähern versuchte, trat der Krampf wieder ein. Später verschlimmerte sich der Zustand wieder, so dass der Kranke als unbrauchbar zur Entlassung kam. Ueber sein weiteres Geschick wurde nichts bekannt. Ob es sich im vorliegenden Falle um eine Erscheinungsform der Hysterie handelt, vermag Verf. nicht zu entscheiden. (Unter „saltatorischem Krampf" versteht man doch wohl etwas anderes? Referent). Buschan.

---

81) **William M. Leszynsky** (New-York): Spasmodic sory-neck and its treatement; report of two cases with recovery.

(New-York Med. Journ. 1900, 24. Nov.)

L. hatte in einem Vortrage vor der New-Yorker Neurologischen Gesellschaft im März 1884 über einen Fall von klonischem Torticollis berichtet, der durch subkutane Injektionen von Atrop. sulf. geheilt worden war. Seitdem hat er das Atropin in zwölf Fällen von klonischen Zuckungen der Halsmuskeln verwendet und, wenn auch die Kranken nicht lange genug in Behandlung gewesen sind,

so ist er doch zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Atropin zwar in einzelnen Fällen von Erfolg ist, in andern aber im Stich lässt.

L. berichtet ausführlich über zwei Fälle, in welchen Atropin nichts oder wenig geholfen, die Heilung aber durch längere Bettruhe mit Massage und Elektrizität (Art Mastkur) herbeigeführt wurde. Bei neurasthenischer resp. hysterischer Grundlage will eine solche auf die Bekämpfung der Neurasthenie gerichtete Behandlung dem Ref. als die zweckmässigste erscheinen. Die Anwendung von Atropin kann nach L. höchstens die Behandlung unterstützen. Die chirurgische Behandlung ist nur als ultimum refugium zu betrachten.

Hoppe.

---

82) **Anton Woelfler** (Prag): Zur operativen Behandlung des Torticollis spasmodicus.

(Prag. med. Wochenschrift 1900. Bd. 25, Nr. 2, Januar 11.)

Eine 56jährige Frau leidet seit drei Jahren an Torticollis spasmodicus. „Sie vermag den Kopf kaum einen Augenblick ruhig zu halten; indem der Kopf beständig nach links gedreht wird, sieht das Kinn gegen die linke Schulter, dabei neigt sich das Hinterhaupt leicht nach rückwärts und das linke Ohrläppchen nähert sich der linken Schulter. Der rechte Kopfnicker und die obere Partie des rechten M. trapezius sind gespannt; ausserdem besteht Druckempfindlichkeit der linken Nackenhälfte. Drückt man auf die Eintrittsstelle des rechten Nervus accessorius in den Kopfnicker, so sistieren die Krämpfe so lange, als der Druck anhält.“ Da bis dahin jedwede Therapie sich nutzlos erwiesen hatte oder nur von vorübergehendem Erfolge gewesen war, so wurde vom Verf. der operative Eingriff vorgenommen, umsomehr, da für eine innere Ursache des Leidens sich keine Anhaltspunkte auffinden liessen. Trotzdem es ihm klar war, dass ausser dem rechten Sternocleidomastoideus noch andere Muskeln beteiligt sein müssten, so durchtrennte er zunächst nur den rechten Nervus accessorius (Resektion eines 6 cm langen Stückes). Der Erfolg war für die Patientin wohl in hohem Grade befriedigend, indem die schmerzhaften konvulsiven Drehbewegungen und Zuckungen nun fortblieben, indessen war er kein vollkommener, da der Kopf immer noch nach links, wenn auch nicht mehr so heftig wie früher gedreht und nach hinten gezogen wurde. Da innerhalb Jahresfrist in dem Zustand keine Aenderung sich zeigt — der rechte Kopfnicker und die oberen Partieen des M. trapezius waren ganz atrophisch geworden — und die Nackenwurzeln an der linken Seite noch immer als dicke und gespannte Wülste hervortraten, so lag die Annahme nahe, dass sowohl die Nackenmuskeln, welche den Kopf nach derselben Seite hinzudrehen, als auch diejenigen, welche ihn ebendorthin zu beugen pflegen, also der linke M. splenius und obliquus interior einerseits und der M. complexus minor, rectus cap. und obliquus superior andererseits noch im Spiele wären. Daher galt es, die ersten drei Cervicalnerven an ihren Wurzeln möglichst nahe zu resecieren. Bezüglich der Technik macht Verf. detaillierte Mitteilungen, die indessen nur den Chirurgen interessieren dürften. Die Operation wurde in diesem Sinne ausgeführt. Die Drehbewegung hörte seitdem vollständig auf und anfänglich blieb nur das Gefühl der Unsicherheit in der Haltung des Kopfes zurück, die sich allmählich besserte, so dass, nachdem nun drei Jahre seit der Operation verflossen sind, die Kranke als geheilt anzusehen ist.

Buschan.

---

83) **G. J. Rossolimo** (Moskau): Recidivierende Facialislähmung bei Migräne.
(Neurol. Centralblatt 1901, Nr. 16.)

Es handelt sich um eine 28jährige erblich belastete Frau, deren Mutter ihr ganzes Leben lang an schwerer Migräne gelitten und deren Brüder alle Alkoholiker waren. Patientin leidet seit dem 16. Lebensjahre an Migräneanfällen, die immer vor der Menstruation auftraten und gegen Ende derselben an Heftigkeit zunahmen, auf beiden Seiten und häufig hinter den Ohren lokalisiert waren. In den Anfällen, wo die Schmerzen besonders in den Schläfen lokalisiert waren, trat stets Nasenbluten auf der betreffenden Seite auf. Im 20. Jahre trat im Anschluss an einen besonders heftigen Migräneanfall mit besonderer Lokalisation hinter dem linken Ohr, ausstrahlenden Schmerzen in dem Oberkiefer, zeitweiligem metallischen Geschmack im Munde und starkem Sausen im linken Ohre plötzlich eine vollkommene Lähmung des l. Facialis ein, die erst nach fünf Monaten heilte. Seitdem sind noch drei solche Anfälle von Facialislähmung immer im Anschluss an einen Migräneanfall und nach prodromalen Schmerzen (welche eine nur stärker hervortretende Kopie der gewöhnlichen Kopfschmerzen darstellten), und Sensibilitätsstörungen in einem, dem Ohre der betreffenden Seite zunächst liegenden Bezirk vorgekommen.

R. stellt diese Anfälle mit den bei Migräne beschriebeneu Anfällen von Ocolomotoriuslähmung in Parallele. Hoppe.

---

84) **Friedländer:** Zur klinischen Stellung der sogenannten Erythrophobie und ihrer Behandlung durch Hypnose.
(Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. X, Heft 1.)

Der Autor berichtet in obiger Mitteilung kurz über fünf Fälle von Erythrophobie eigener Beobachtung, von denen einer durch hypnotische Behandlung zur Heilung gelangte. In der Epikrise betont der Verfasser, dass sämtliche mit Erythrophobie behafteten Individuen, seine eigene Patienten, wie die anderer Autoren belastet, neurasthenisch oder psychopathisch sind und die ausgesprochene Errötungsangst immer nur ein Symptom bildet, das in seiner höchsten Ausbildung zur Zwangsvorstellung wird. L. Löwenfeld.

---

85) **Savill:** De la crampe des écrivains et des autres affections nerveuses professionnelles.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1901, p. 149.)

Savill behandelt in seiner Arbeit Affektionen zusammen, die nicht zusammengehören. Er will anscheinend nur von dem sprechen, was wir als Beschäftigungsneurosen bezeichnen, und bringt als Beispiele je einen Fall von Klavier- und Pianistenkrampf. Seine beiden ersten Beobachtungen gehören aber überhaupt nicht in das Gebiet der Beschäftigungsneurosen, sondern in das der professionellen (neuritischen) Paresen; der erste ist ein typisches Beispiel dieser Affektion, und zwar entstanden beim Gebrauch kurzer starker Scheeren: es bestehen Atrophieen der kleinen Handmuskeln, Schmerzen, Anaesthesien und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Auf diese Weise kommt der Autor dazu, die Atrophie und die Veränderung der elektrischen

Erregbarkeit als Symptome der Beschäftigungsneurosen aufzufassen und anzuführen, neben dem Krampf, dem Schmerz, der Schwäche und dem Zittern. Die Erörterung der Pathogenese leidet selbstverständlich ebenfalls unter dieser principiell falschen Auffassung. Cassirer.

---

86) **Carrière**: Le paramyoclonus multiplex.

(La presse médicale 1901, No. 63, p. 57.)

Carrière berichtet von einem 10jährigen Knaben, der, auch früher schon nervös, unmittelbar nach einem leichten Trauma von ungewollten Bewegungen befallen wurde, die anfallsweise auftraten, blitzartig rasch verliefen, Kopf, Schultern, Arme, Zwerchfell, weniger die unteren Extremitäten betrafen, und bald zu einer Lokomotion des betreffenden Körperabschnittes führten, bald nicht. Daneben bestanden hysterische Algieen in der Magengegend, der Stelle des Traumas. Eine Scheinoperation befreite den Kranken von den Schmerzen, wie von den ungewollten Bewegungen. C. fasst letztere, die er dem Paramyoclonus zurechnet, als hysterogene auf; wie denn auch sonst nach seiner Ansicht der Paramyoclonus meist auf hysterischer Basis beruht. Cassirer.

---

87) **W. Klink** (Frankfurt a./M.): Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Hirnerschütterung.

(Neurol. Centralbl. 1900, Nr. 5).

Ein Parallelfall zu der von Näcke beschriebenen Selbstbeobachtung (s. d. Centralbl. 1898, S. 480).

Eine 40jährige Krankenwärterin fiel beim Fensterputzen von einer Höhe von $1^1/_2$ Meter rücklings auf den Boden. Von dem Augenblick, wo sie (mit dem Kopfe) aufschlug, fehlte ihr für 20 Minuten jede Erinnerung. Trotzdem verrichtete sie schon einige Minuten danach die kompliziertesten Handlungen, unterhielt sich anscheinend ganz unauffällig mit dem Arzt, befolgte pünktlich alle Anweisungen, legte sich zu Bett etc. Die einzige körperliche Störung war ein leichtes Schwanken beim Gehen infolge einer Schwäche in den Beinen. Etwa 20 Minuten nach dem Sturz fragte sie, als ihr eine Eisblase auf den Kopf gelegt wurde, ganz erstaunt die Wärterin, was sie mit der Eisblase wolle, und wusste garnicht, wie sie ins Bett gekommen sei. Nach einiger Zeit fiel ihr ein, dass sie beim Putzen vom Fenster gestürzt sei. Ihre einzigen Beschwerden waren Kopfschmerzen, die auch noch am nächsten Tage neben Brechreiz bestanden. Am übernächsten Tage war sie wieder ganz wohl.

Hoppe.

---

88) **Féré**: Hystérie et goître exophthalmique alternes.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1900, 5, p. 494.)

49jährige Frau. Hysterie mit sensitivosenserieller linksseitiger Hemianästhesie und Basedow'schen Symptomen, die zum Teil (Exophthalmus) nur rechts entwickelt sind. (!) Cassirer.

---

8. Basedow, Myxödem und Acromegalie.

89) **Benoit:** Syndrome de Basedow post-typhoidique.
(Arch. de Neurol. Oktober 1900.)

Ein Fall von Morbus Basedowii, für den Verf. einen überstandenen Typhus verantwortlich macht, den er also für rein postinfektiös erklärt, obgleich andere ätiologische Momente nach der Krankengeschichte immerhin in Betracht zu ziehen sind. Bennecke-Dresden.

---

90) **Laurenz Kedzior** und **Josef Zanietowski** (Krakau): Zur pathologischen Anatomie des Morbus-Basedowii.
(Neurol. Centralbl. 1901. Nr. 10.)

Bei einem 18jährigen Mädchen, bei welchem wegen Basedow'scher Krankheit Mai 1899 die Thyreodektomie ausgeführt worden war und zunächst zu einer Besserung geführt hatte, verschlimmerte sich Anfang 1900 das Allgemeinbefinden wieder, und es traten fast jeden Monat epileptische Anfälle auf, welche vor der Operation nicht dagewesen waren. Am 9. Juli 1900 starb sie an croupöser Lungenentzündung. Die Sektion ergab ausser frischen und älteren Blutungen im ganzen verlängerten Mark- und Gefässerweiterungen, besonders in der Umgebung der linken Olive eine Verkleinerung des linken Corpus restiforme. Bei der Carminfärbung, bei welcher sich Pyramidenbahnen und Oliven rot färbten, erschienen beide Corpora restiformia hell, das linke sogar wachsartig gefärbt, auch traten an denselben die Fasern sehr spärlich hervor. Die Verff. sehen die Veränderungen des linken Corpus restiforme als die Grundlage der Krankheit in diesem Falle an. Hoppe.

---

91) **A. Bialobrzeski:** Zwei Fälle von Myxödem.
(Gazeta Lekarska 1901. Nr. 31.)

1. Ein 38jähriges neuropathisch belastetes Fräulein litt oft an Anämie. Vor drei Jahren cessierten die Menses, und Pat. klagte über allerlei subjective Beschwerden, die jeder Behandlung trotzten. Seit zwei Jahren braune Verfärbung der Haut um Gesicht und Hals, sowie Oedem des Gesichts, Halses, der Ohren, Hände und Füsse. Thyreoidinpräparate in jeder Form erfolglos. Status: Gesicht und Hals stark ödematös und dunkelbraun, Ohren und Nase verdickt, Lider cyanotisch, verdickt, ohne Wimpern, lassen nur einen sehr engen Spalt frei. Das Oberlid hebt sich sehr schlecht, der Bulbus ist hyperämisch. Stirnhaut weiss, trocken, glänzend. Zahnfleisch verdickt. Alle Zähne fehlen. Hals stark verdickt, Haut trocken, blass; Oedem an den Händen und Füssen, die aber auf Druck keine Dellen hinterlassen. Lunge normal. Herzdämpfung verbreitet. Töne rein. Aktion beschleunigt, regelmässig. Starke Alopecie. Reflexe gesteigert. Nach Verordnung von Natr. jod. (zuerst 3 × à 0,1, später à 0,2) trat im Verlauf von 7 Wochen eine erhebliche Besserung der subjektiven und objektiven Beschwerden ein.

2. Eine 40jährige Frau leidet seit 6 Jahren zeitweise an Oedem des Gesichts und Halses. Seit 6 Monaten erhebliche Verschlimmerung und Auftreten mannigfacher subjektiver Beschwerden psychisch-nervöser Natur. Status: Gesicht geschwollen, Lider und Nase dick, gerötet. Zahnfleisch, Zunge und Rachen-

teile geschwollen. Hals verdickt mit harter, spröder, gespannter und druckempfindlicher Haut. Das Oedem reicht vorne bis zur dritten Rippe, hinten bis zur Spina scapulae. In der Gegend des vierten linken Metacarpus ein 5 cm breiter ödematöser Ring. Oedem an den Unterschenkeln und Füssen. Keine Lymphdrüsenschwellung. Nach Darreichung von Natr. jod. (3 Wochen lang à 0,2, 3 X täglich) rasche Besserung. Verf. hält beide Fälle für formes frustes (Hertoghe). M. Urstein.

---

92) **Dr. A. Pilcz:** Zur Frage des myxödematösen Irreseins und der Schilddrüsentherapie bei Psychosen überhaupt.

(Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. XX, H. 1.)

Bei einer erblich belasteten, schon früher einmal psychisch erkrankten Frau trat ohne bekannte äussere Veranlassungsursache ein melancholisches Zustandsbild auf. Trotz der ungeheuerlichsten Wahnideen war der Affekt wenig ausgeprägt und die Kranke machte einen schwachsinnigen Eindruck. Nachdem die Geistesstörung etwa ein Jahr bestanden hatte, entwickelten sich bei der Kranken alle Symptome eines Myxödems. Nach einer organotherapeutischen Kur verschwanden sowohl die psychischen als auch die körperlichen Krankheitserscheinungen. Wurde die systematische Behandlung unterbrochen, so traten sogleich die psychischen Symptome wieder hervor, während eine erneuerte Behandlung von längerer Dauer die anscheinend völlige Genesung der Kranken bewirkte. Diese Beobachtung veranlasst den Autor zur Frage, ob man es in diesem Falle mit einer einfachen Kombination von Myxödem und einer Geisteskrankheit zu thun habe, oder ob die Geistesstörung direkt mit dem körperlichen Leiden zusammenhänge. Der Erfolg der Therapie sprach jedenfalls für eine Abhängigkeit der Geisteskrankheit von dem Myxödem, und man darf sagen, es kommen im Verlaufe des Myxödems echte Psychosen vor, die sich wohl unterscheiden von den charakteristischen psychischen Störungen, die dem Myxödem als solchem eigen sind. Neben der besonderen Art der Denkhemmung, der Verlangsamung aller psychischen Funktionen, der Apathie etc., welche den myxödematösen Zustand charakterisieren, kommen auch psychopathologische Symptome zur Beobachtung, welche wir an anderen funktionellen Psychosen kennen. War der myxödematöse Geisteszustand schon vor dem Ausbruche der Geisteskrankheit deutlich ausgeprägt, so erhalten die gleichzeitigen Psychosen ihre eigenartige Färbung, ein ganz bestimmtes Gepräge, welches durch das Grundleiden bedingt ist.

Zum Schluss spricht der Verf. über die Behandlung der chronischen Psychosen mit Thyreoidin-Präparaten und berichtet über fünf Fälle sekundären Blödsinns nach akuten Psychosen, die mit Thyreoidin erfolglos behandelt wurden. — Behr.

---

93) **Hertoghe:** Le myxoedème franc et le myxoedème fruste de l'enfance.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1900, 4.)

Der Artikel enthält einige neue Krankengeschichten von Fällen, die der Verfasser als unausgesprochene Typen von Myxoedem anzusehen sich berechtigt glaubt. Die diesbezüglichen, sicher sehr anfechtbaren Ansichten Hertoghe's wurden bereits in einem früheren Referat hier besprochen. Cassirer.

94) **Debove:** Myxoedème congénital et myxoedème fruste.
(La presse médicale 1901, No. 39.)

Debove teilt zunächst einen ausgesprochenen Fall von Myxoedem mit; ein 20jähriger Mensch, von alkoholistischen Eltern stammend, entwickelte sich bis zum 14. Lebensjahre ziemlich gut, immerhin von vornherein nicht ganz normal; von da an Zurückbleiben des Längenwachstums, der geistigen Fähigkeiten. Jetzt typisches Bild des Myxoedems: geistige Stumpfheit, myxoedematöse Schwellung der Haut, mangelhafter Haarwuchs, ungenügende Entwicklung der sexuellen Organe und Fähigkeiten; die Schilddrüse ist nicht zu fühlen. In einem zweiten Fall sind die Symptome weniger deutlich ausgeprägt: kleine Figur, mangelhaftes Haarwachstum, unvollständige Entwicklung der Sexualapparate, verminderte Intelligenz. Debove schliesst: bei sorgfältigem Nachforschen findet man ziemlich häufig Formes frustes des Myxoedem, häufiger, als man sonst dachte. Man darf aber — und diese Mahnung erscheint Ref. jetzt besonders angebracht — umgekehrt nicht alles Mögliche zum Myxoedem rechnen, was nicht dahin gehört. Cassirer.

---

95) **Bézy et Stojanoff:** Du traitement thyroidien dans le myxoedème fruste.
(La presse médicale 1901, No. 64.)

Bézy et Stojanoff berichten über einen typischen Fall von infantilem Myxoedem: 5jähriges Kind, normale Entwicklung bis zum ersten Jahre, dann Masern und danach Stillstand der geistigen und körperlichen Entwicklung; jetzt Grösse 80 cm, Schwellung des Gesichts, Hypertrophie der Zunge, eingesunkene Nase, spärlicher Haarwuchs, Pseudohernie des Nabels, Cyanose und Verkrümmung der Extremitäten, rauhe Stimme, Imbecillität, Fehlen der Schilddrüse. Es handelt sich demnach nicht, wie die Autoren angeben, um eine forme fruste, sondern um eine völlig entwickelte Form; was auch die beigegebene Photographie lehrt. Behandlung: täglich $^1/_2$ Centigramm der frischen Hammelschilddrüse mit gutem Erfolg. Cassirer.

---

96) **K. Belfrage:** Ein Fall von Myxoedema infantilis.
(Hygiea 1900, II, S. 395—398. 2 Bilder.)

Ein achtjähriges Mädchen, dessen Eltern syphilitisch sind, war seit der ersten Kindheit sehr fett und schläfrig. Das Wachstum hörte vom zweiten Lebensjahre an auf. Das Kind konnte erst gehen, als es drei Jahre alt war. Es sieht aus wie ein vierjähriges Kind. Die Länge beträgt 96 cm und das Gewicht 17,5 kg. Es hat eine gewisse Anzahl Wörter zu seiner Verfügung. Nach Behandlung mit Thyroidea-Tabletten (10 Centigramm Glandula thyroidea dreimal täglich) besserte sich der Zustand. Paul Heiberg (Kopenhagen).

---

97) **Achard et Loeper:** Gigantisme, Acromégalie et diabète.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1900, 4.)

34jähriger Mann mit Riesenwuchs. Länge 2 m 12 cm. In der Familie des Vaters soll sich der Riesenwuchs schon wiederholt gezeigt haben. Beim Patienten begann das übermässige Wachstum gegen Ende der Pubertät. Einige,

nicht sehr in die Augen springende Symptome von Akromegalie; das Kinn steht vor; am Sternum einige knöcherne Hervorragungen; die Hände sind besonders lang und auch etwas plump, auch die Backenknochen prominieren auffällig. Es fehlen aber sichere Zeichen der Akromegalie; keine okulären Symptome, kein heftiger Kopfschmerz. Ausserdem besteht ein Diabetes, wahrscheinlich erst seit einigen Monaten, mit sehr wechselnder Intensität. Cassirer.

---

98) **L. Haskovec:** Weitere Beiträge zur Lehre von der Wirkung des thyreoidalen Saftes auf das Centralnervensystem.
(Archives internation. de pharmacodynamie et de thérapie, 1901, Bd. 8, H. 3.)

Verf. hatte bereits in einer früheren Arbeit gezeigt, dass die intravenöse Injektion von frischem Schilddrüsensaft bei Hunden eine kurz andauernde Depression des Blutdruckes, sowie eine Beschleunigung des Pulses zur Folge hat. Eingehender hatte er sich damals mit der letzteren Erscheinung beschäftigt und experimentell festgestellt, dass, auch wenn die Vagi durchschnitten oder ihre peripheren Organe durch Atropin gelähmt sind, die Acceleration dennoch eintritt, dass also diese nicht durch Vaguslähmung bewirkt wird, ferner dass, wenn dann das verlängerte Mark durchschnitten wird, keine Beschleunigung sich zeigt, weshalb der Schluss nahe liegt, dass auch eine direkte Reizung des Herzens die Ursache dieser Erscheinung nicht sein konnte. Die Vermutung, dass mittels Schilddrüseninjektion nur das Centrum der Nervi accelerantes gereizt würde, fand ihre Bestätigung in weiteren Tierversuchen: wurde das Rückenmark oberhalb des ersten Brustwirbels, d. h. des Abganges der Fasern des N. Accelerantis durchschnitten oder beide Ganglia stellata exstirpiert, dann trat nach Schilddrüseninjektion keine Beschleunigung des Pulses ein.

In der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich Verf. nun mit der zweiten Erscheinung, der Depression des Blutdruckes. Er zeigt, dass dieselbe sich einstellt auch nach Durchschneidung der N. vagi, nach Vergiftung mit Atropin, nach Durchschneidung der Medulla oblongata und auch nach Entfernung des ganzen Rückenmarkes. Die weitere Möglichkeit, dass der Schilddrüsensaft auf die peripheren vasomotorischen Apparate einwirken könnte, trifft auch nicht zu. Denn auch nach Ausschaltung des Splanchnikusgebietes verringert der Schilddrüsensaft den Blutdruck. Also auch Dilatation der Blutgefässe kann nicht die Ursache der Depression sein. Es bleibt somit nur der Schluss übrig, dass derselbe direkt auf den Herzmuskel oder auf die intrakardialen Centren oder auf beide zugleich einwirkt, und zwar in der Weise, dass er die Herzthätigkeit schwächt, so dass das Herz nicht mehr imstande ist, den Blutdruck auf normaler Höhe zu halten. Buschan.

---

99) **Sainton** und **State:** La forme douloureuse de l'acromégalie.
(Revue neurologique. Nr. 7, 1900.)

Die Autoren fanden, dass Schmerzen im Verlaufe der Akromegalie sehr häufig vorkommen und zuweilen mit den Deformationen die wichtigsten klinischen Erscheinungen bilden. Unter 140 Fällen, welche die Verfasser durchgingen, bestanden 70 mal Schmerzen. Dieselben traten bald in den Gliedern, bald in der Wirbelsäule auf, bald schienen sie von den Eingeweiden auszugehen. Die

Schmerzen in den Gliedern sind am heftigsten und befallen zumeist die vier Extremitäten. Ihr Charakter und Sitz wechselt (Knochen-, Gelenk-, Muskelschmerzen, neuralgische Schmerzen etc.). Die neuralgischen Schmerzen finden sich am häufigsten vertreten und haben ihren Sitz zum Teil im Gesichte, zum Teil in den Ausbreitungsgebieten der Extremitätennerven. In manchen Fällen sind die Schmerzen von der Art der lancinierenden bei Tabes; auch Konstriktionsgefühle mangeln nicht. Aeussere Einflüsse, Kälte, Feuchtigkeit, Ermüdung etc. sind imstande, die Schmerzen hervorzurufen oder zu steigern. In manchen Fällen sind die Schmerzen ausserordentlich hartnäckig und können sich über eine Anzahl von Jahren erstrecken.

Die Verfasser unterscheiden zwei Typen der schmerzhaften Form der Akromegalie:

Bei dem ersten Typus treten die Schmerzen vor dem Erscheinen der ersten Deformationen, oder zugleich mit der Volumzunahme der Knochen auf. Der Zustand nähert sich dem chronischen Gelenkrheumatismus, weshalb die Autoren diesen Typus als rheumatoiden bezeichnen.

Bei dem zweiten Typus stellen sich die Schmerzen auf der Höhe des Leidens oder in der kachektischen Periode ein; dieselben sind hier neuralgisch, blitz- oder krampfartig. Die Verfasser wollen diesen Typus als hyperalgischen betiteln und glauben, dass die Schmerzen hier durch periphere neuritische Prozesse bedingt sind.

In einem von den Verfassern beobachteten Falle von Akromegalie fanden sich bei der Autopsie meningo-medulläre Veränderungen, welche nach der Ansicht der Verfasser bei der Genese der Schmerzen eine gewisse Rolle spielten. Es handelte sich um einen 54 Jahre alten, seit 1886 an Akromegalie leidenden Mann, welcher die typischen Deformationen darbot. November 1895 stellten sich krampfartige Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, welche bis zum Tode des Pat. sich nicht mehr verloren und in Form von 5—10 tägigen Krisen, insbesonders bei Witterungsveränderungen auftraten. Exitus 1897.

Die Autopsie ergab folgenden bemerkenswerten Befund: An der Innenfläche der Dura mater spinalis zwischen dem 2. und 3. Dorsalnerven findet sich eine Kalkplatte vom Durchmesser eines 50 Cts.-Stückes. Unterhalb der 3. Dorsalnervenwurzel ist die Innenfläche der Dura an der Rückseite mit feinen, staubartigen Körnchen in der Art eines Schmirgelpapieres überzogen. Diese Körnchenschicht bedeckt Kalkplatten ähnlich der erwähnten und bildet eine Umhüllung für die hintere Partie des Rückenmarkes in der Dorsal- und Lumbalregion. Im Rückenmarke fanden sich ausgedehnte degenerative Veränderungen in den Hinter- und Seitensträngen, welche insbesonders die Goll'schen Stränge, das Gowers'sche Bündel und die direkte Kleinhirnseitenstrangbahn betrafen.

Die Verfasser glauben, dass die Kalkauflagerung an der Dura, dadurch, dass sie eine Kompression der Nervenwurzeln bewirkte, zur Auslösung der Schmerzen in ihrem Falle beitrug. L. Löwenfeld.

---

100) **E. Mendel:** Obduktionsbefund eines Falles von Akromegalie. (Nach einer Demonstration in der Sitzung der Berl. med. Gesellsch., 13. 12. 1899.) (Berl. Kl. Wochenschr. 1900, Nr. 46.)

Es handelt sich um einen Fall bei einer 25jährigen Dame, welche M.

bereits Nov. 1895 in der Berl. med. Gesellsch. mit der Diagnose Hypertrophie resp. Tumor der Hypophysis vorgestellt hatte. In der Zwischenzeit waren die Hauptklagen intensiver Stirn- und Hinterkopfschmerz mit sehr heftigem und zeitweise unstillbarem Erbrechen. Zeitweise traten Remissionen ein (dabei Polyphagie und Polydipsie), während Hemianopsia temporalis und Mangel der Patellarreflexe und der Menses dauernd blieben. Therapie mit Hypophysissubstanz war erfolglos. Am 23. Oktober erfolgte plötzlich in einer Schmerzattacke der Tod.

Die Obduktion ergab ein wallnussgrosses grosszelliges Rundzellensarkom der Hypophysis, welches sich nach vorn in das Mark der orbitalen Stirnwindungen fortsetzte, dorsalwärts den 3. Ventrikel ausfüllte und medianwärts in die stark erweiterten Seitenventrikel eindrang. Der Kopf des Nucleus caudatus beiderseits und ein grosser Teil der Faserung des Balkenknies waren gleichfalls in der Geschwulst aufgegangen.

Tracti optici und Chiasma waren in dünne Stränge verwandelt. — Die Glandula thyreoidea war stark vergrössert, auch fand sich ein Rest von persistierendem Thymus. Die Milz war stark vergrössert, die Brustdrüsen auffallend stark entwickelt.

M. nimmt danach an, dass nicht die Erkrankung der Hypophysis allein die Akromegalie herbeigeführt hat, sondern dass die Akromegalie als eine allgemeine Erkrankung der Blutdrüsen durch ein unbekanntes Gift entsteht, bei welcher mit Vorliebe die Hypophysis ergriffen wird. — Das Schwinden der Kniereflexe bezieht M. auf den Hirntumor. — Hoppe.

V. Vermischtes.

Professor Robert Sommer in Giessen giebt eine neue Fachzeitschrift heraus: Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Der Charakter dieser Zeitschrift wird von dem Herausgeber durch folgende Einleitung klargelegt:

„Die „Beiträge zur psychiatrischen Klinik“ machen sich die methodische Analyse der bei den Geisteskrankheiten zu beobachtenden Erscheinungen zur Aufgabe. Dieselben bilden in Bezug auf die Art der Behandlung psychiatrischer Probleme die Fortsetzung des Lehrbuches der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Dabei müssen die Fortschritte der Psychopathologie im allgemeinen berücksichtigt werden. Im Zusammenhange hiermit sind die für uns verwertbaren Arbeitsmethoden und Forschungsresultate der Nachbargebiete zu beachten.

„Das in jenem Buche durchgeführte Prinzip, im Gebiet der psychopathischen Erscheinungen Reiz und Wirkung unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufes genau zu messen, soll nun in Bezug auf die einzelnen Symptome weiter angewendet werden.

„Dadurch geht das Bestreben auf Verbesserung der Unternehmungsmethoden zu einer exakten Nachprüfung und Sichtung der psychiatrischen Symptomatologie über, wobei wir wesentlich differentialdiagnostische Zwecke im Auge haben.

„Diesen soll besonders die genaue Analyse einzelner Fälle mit den passenden Methoden dienen. Dabei handelt es sich vor allem um das Problem, wie man bei dem Status praesens bei den Geisteskrankheiten Schlüsse auf die früheren Erscheinungen und auf die weitere Entwickelung machen kann. Die anamnestische Methode muss durch die analytische ergänzt werden. Besonders ist Wert auf das genauere Studium der einzelnen Symptome zu legen.

„Die Beachtung bestimmter Erscheinungen von Seiten des Nervensystems ist für viele psychiatrische Diagnosen von ausschlaggebender Bedeutung. Dabei stelle ich die Aufgabe in den Vordergrund, objektive Symptome zu finden, welche für bestimmte Krankheitsgruppen pathognomonisch sind.

„Mit den zum Teil schon beschriebenen, zum Teil noch darzustellenden Methoden zur Verdeutlichung und Analyse der motorischen Erscheinungen, welche psychische Vorgänge begleiten, können eine Anzahl einzelner Probleme, die sich auf Zittererscheinungen, Zuckungen, Muskelspannungen, Ermüdungsvorgänge u. s. w. beziehen, im Hinblick auf die klinischen Fragen der Hysterie, Epilepsie, Katatonie u. s. f. in Angriff genommen werden.

„Ferner soll eine Reihe dieser Fragen, in denen die Psychopathologie mit der Neurologie eng zusammen hängt, besonders durch die Messung des cerebralen Einflusses auf Reflexe behandelt werden.

„Neben den motorischen Aeusserungen von Gehirnvorgängen bedürfen die morphologischen Zustände, welche bisher oft einseitig statistisch behandelt worden sind, besonders die Abnormitäten des Schädelbaues einer analytischen Betrachtung, welche tief in die Pathogenese mehrerer Krankheitsgruppen hineinführt. Vor allem erfordert das Gebiet der Idiotie eine genaue Prüfung von diesem Standpunkt, wenn wir von der blossen Beschreibung abnormer Zustände zu einer wissenschaftlichen Erkenntnis ihrer Entstehung gelangen wollen.

„Inbezug auf psychologische Untersuchungen hoffe ich, dass die einfachen Methoden nach dem Prinzip des gleichen Reizes weitere Einblicke in die Struktur mancher Symptomenkomplexe gewähren werden.

„Daneben dürfen die psychophysischen Untersuchungen mit den Methoden der Wundt'schen Schule, die schon von Kraepelin in die Psychiatrie übertragen und weiter gebildet worden sind, nicht vernachlässigt werden. Neben dem Experiment, welches oft die Hilfe eines wohleingerichteten Laboratoriums nötig macht, kann jedoch auch die einfache klinische Beobachtung als Quelle der Erkenntnis gelten.

„Ausser diesen auf Analyse einzelner Symptome gerichteten Bestrebungen müssen die zeitlichen Verhältnisse des Ablaufes der Krankheiten in Betracht gezogen werden. Nach Art der in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden gemachten Versuche soll die Komposition von Symptomenkomplexen in Zwischenräumen untersucht, die Zahl der einzelnen Grundphänomene zu den verschiedenen Zeiten herausgehoben und somit gewissermassen die Kurve der einzelnen Symptomenkomplexe vergleichbar herausgestellt werden. Die exakte planmässige Analyse der Symptomenkomplexe ist die Aufgabe, welche der differentialdiagnostischen Betrachtung der einzelnen Symptome zu folgen hat. Allerdings kann, da es sich hier nicht um eine systematische Darstellung, sondern

um ein allmähliches Erforschen der Erscheinungen handelt, diese natürliche Reihenfolge der Untersuchungen nicht genau eingehalten werden.

„Die methodische Analyse der einzelnen Symptome und der Symptomenkomplexe in verschiedenen Momenten des Ablaufes ist die Voraussetzung einer wissenschaftlichen Diagnostik und Prognostik.

„Wir streben jedoch neben dieser Erkenntnis der inneren Zustände und ihres Verlaufes noch etwas Weiteres an, nämlich die Ableitung einer wissenschaftlich begründeten Behandlung aus der Erkenntnis der inneren Zustände. Auch in der Psychiatrie muss die Diagnostik noch mehr die Voraussetzung der Therapie werden, als es bisher der Fall war.

„Dass wir uns inbezug auf die wissenschaftliche Begründung der Behandlungsweise, welche wir im einzelnen Fall anwenden, noch in den Anfängen der Entwickelung befinden, wird jeder Unbefangene zugeben, wenn er auch andererseits die grossen Fortschritte des Anstaltswesens, der Wachsaaleinrichtungen, der Organisation des ärztlichen Dienstes u. s. w. anerkennen wird. Das genaue Studium der einzelnen Fälle nach ihrer praktischen und therapeutischen Seite bietet eine Fülle der merkwürdigsten Beobachtungen, deren Vergleichung und Sichtung vermutlich manche Indikationen in der praktischen Psychiatrie schärfer wird stellen lassen, als es zur Zeit möglich ist.

„Zur Lösung der kurz skizzierten Aufgaben ist die Arbeitskraft eines Einzelnen unzureichend. Schon die Anwendung der motorischen Methoden auf bestimmte klinische Probleme ist ohne kollegiale Mitarbeit kaum möglich. Es haben sich jedoch im Laufe der letzten Jahre neben den Assistenten der psychiatrischen Klinik zu Giessen eine Anzahl von anderen Aerzten mit den von mir angegebenen Methoden vertraut gemacht und bestimmte Aufgaben in Angriff genommen, so dass schon jetzt meine eigenen Untersuchungen zum Teil bestätigt, zum Teil ergänzt und erweitert worden sind.

„Auch im rein psychologischen Gebiet sind die in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden eingeschlagenen Wege weiter beschritten worden, so dass es auch hier an Beihilfe nicht fehlt. Indem bietet die exakte Anwendung der anderweitigen psychophysischen Methoden ein grosses Feld, dessen Bearbeitung mit in das Programm der Beiträge gehört. Dabei wird der Mitarbeiterschaft nur diejenige Grenze gesetzt, welche in der methodischen Tendenz dieser Untersuchungen liegt.

„In Bezug auf die Bearbeitung der praktischen Probleme gilt es vor allem, den Gedanken einer gemeinsamen Arbeit der sämtlichen psychiatrischen Anstalten eines bestimmten Territoriums durchzuführen. Nicht in einer dogmatischen Trennung klinischer und nichtklinischer Psychiatrie, sondern in einem Austausch von Erfahrungen zwischen psychiatrischen Kliniken und staatlichen oder provinzialen Irrenanstalten besteht ein wesentliches Hilfsmittel zur wissenschaftlichen Differenzierung praktischer Erfahrung. In diesem Punkte liegen anscheinend gerade im Grossherzogtum Hessen, in welchem zwischen klinischen und nichtklinischen Anstalten in unserem Fach sehr enge Beziehungen vorhanden sind, die Verhältnisse günstig. Hierbei eröffnet sich auch für die Behandlung gewisser wissenschaftlicher Probleme, z. B. in Bezug auf Hereditätsverhältnisse, ein Ausblick, der an einer Anstalt kaum gewonnen werden kann. Hier kann gemeinsame Arbeit mehr leisten, als es dem Einzelnen jemals möglich sein wird.

Mit dem 20. Kongresse für Innere Medizin, welcher, wie schon mitgeteilt wurde, vom 15. bis 18. April d. J. zu Wiesbaden stattfindet, ist eine Ausstellung von pharmaceutischen, chemischen u. s. w. Präparaten und von Instrumenten und Apparaten, soweit sie für die innere Medizin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen zu dieser Ausstellung nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Geheimerat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, entgegen.

Der Vortrag, den Max Neumann am 2. November 1901 auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe über „Volksheilstätten für Nervenkranke“ gehalten hat (Autoreferat s. dieses Centralblatt 1902, S. 40—42), ist in etwas veränderter Form in den „Aerztlichen Mitteilungen aus Baden“ 1901, No. 23 und 24 erschienen. Gaupp.

Die Redaktion des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie bittet sämtliche Mitarbeiter, künftig alle Beiträge (Originalartikel, Vereinsberichte, Referate, Kritiken, Notizen) an Privatdozent Dr. Gaupp in Heidelberg, Bergheimerstrasse 56, zu senden.

Um spontane Einsendung von Separatabzügen, Personalnotizen etc. an die Redaktion **Privatdozent Dr. Gaupp, Heidelberg,** wird gebeten.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).
Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Südende-Berlin und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die **„Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik"**, herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) per Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 April.** Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

I. Die Systematik der Intoxikationspsychosen.

Von Dr. **Poul Heiberg** (Kopenhagen).

Fast jedes Lehrbuch der Psychiatrie hat seine eigene Systematik. Wenn sein Verfasser bei der Einteilung der Psychosen auch in den Hauptzügen einem früheren Systeme folgt, so pflegt er doch in einer oder in mehreren Beziehungen seine eigene subjektive Auffassung vorzubringen.

Es giebt jedoch in der Psychiatrie einzelne Abschnitte, bei denen die Tendenz zu einer objektiveren Systematik anfängt hervorzutreten.

Es soll hier gezeigt werden, wie man bei Anlegung eines chemischen Gesichtspunktes einige Intoxikationspsychosen in eine solche festere Systematik einfügen kann.

Mit Recht hat Kraepelin wiederholt auf den Nutzen eines erneuerten und eingehenden Studiums der Intoxikationspsychosen hin-

gewiesen, indem er hervorhob, dass man dabei auch eine mehr naturwissenschaftliche Auffassung anderer psychiatrischer Phänomene fördere.

Der Plan meiner Arbeit entstand im Verlauf von Studien über die Cocainpsychose und ihre systematische Stellung. Früher (Revue neurologique 1901, S. 679) versuchte ich darzustellen, warum ich es für bewiesen halte, dass ein gewisser Teil des Cocainmoleküls es ist, der die Cocainpsychose hervorbringt. Dabei beabsichtige ich zu zeigen, dass die Atropin- und Cocainpsychose in einem „natürlichen" System nebeneinander gestellt werden müssen. Der Entwicklung und Abschätzung dieser Gedanken, die meine Beobachtungen hervorriefen, soll diese Arbeit dienen.

Nicht nur in den älteren Schriften über die Intoxikationspsychosen, wie z. B. in der Obersteiner's (Wiener Klinik 1886) findet man in der Systematik keinen leitenden Gedanken; auch in den neuesten Lehrbüchern (Kraepelin, Krafft-Ebing) trifft man auf eine höchst auffallende systematische Einteilung oder vielmehr auf einen Mangel an systematischer Einteilung.

Kraepelin teilt die Intoxikationspsychosen in zwei Gruppen ein. In der einen findet man die Psychosen infolge Einwirkung von Stoffwechselproduktion, die manche Krankheiten (z. B. die Chorea) erzeugen. Hierher werden auch die psychischen Störungen nach Phosphorvergiftung gerechnet. In der zweiten Gruppe trifft man die Geistesstörungen nach Vergiftungen mit „Pflanzengiften" und „chemischen Giften" (z. B. Opium, Chloroform). Endlich werden die psychischen Erkrankungen der Alkoholisten, Morphinisten und Cocainisten besonders behandelt.

Eine solidere Grundlage für eine vorläufige Systematik der Intoxikationspsychosen dürfte man bei einer Gruppierung der Krankheiten nach der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe erhalten. Dies zeigt sich namentlich bei Betrachtung der hier in Frage kommenden organischen Verbindungen. Von diesen interessieren uns hier besonders drei Gruppen: die Fettkörper, die aromatischen Verbindungen und die Alkaloide.

Bei den Fettkörpern handelt es sich um offene Ketten von Kohlenstoffatomen, aliphatische Verbindungen, während die beiden anderen Gruppen aus geschlossenen Ketten gebaut, also von cyklischen Verbindungen gebildet sind.

Unter den Fettkörpern erzeugen am häufigsten psychische Störungen: Chloroform [$CHCl_3$], Jodoform [CHJ_3], Alkohol [C_2H_5OH], Aether [$(C_2H_5)_2O$], Paraldehyd [$C_2H_4O_3$], Chloral [$ClC_3 \cdot CH \cdot (OH)_2$] und Sulfonal [$(CH_3)_2 \cdot C \cdot (SO_2 \cdot C_2H_5)_2$].

Von den Intoxikationspsychosen ist die Alkoholpsychose in ihren

verschiedenen Formen die häufigste. Man trifft bei den Darstellungen der psychischen Störungen, die durch die anderen hier genannten Verbindungen hervorgerufen werden können, immer wieder den Vergleich mit den Alkoholpsychosen.

Lewin (Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, 1899, S. 52) schreibt über die Menschen, die dem Genusse von Chloroform ergeben sind: „Die Individuen zeigen gewöhnlich eine Verschlechterung des allgemein-sittlichen Verhaltens, sie sind verlogen, misstrauisch, reizbar, launisch, in Extremen sich bewegend; ihr Gedächtnis leidet, alle geistigen Funktionen sind verlangsamt, der Schlaf ist schlecht oder fehlt. Bei Einigen erscheinen neuralgische Beschwerden und in vorgeschrittenen Stadien auch trophische Störungen, sowie Hallucinationen, an die sich ein dem Delirium tremens ähnlicher Zustand anschliessen kann. Andere bekommen nach ein bis zwei Jahren Manie mit Verfolgungswahn. Ein solcher Mensch kann den Eindruck eines Quartalsäufers machen."

Das Bild der akuten oder subakuten psychischen Störungen nach Jodoformvergiftung hat mit den Bildern, die ein starker Rausch zeigen kann, eine gewisse Aehnlichkeit. „Der Grundcharakter der cerebralen Jodoformwirkung, die Melancholie, erhält sich in den meisten Fällen, in denen sie einmal aufgetreten ist. Sinnestäuschungen mannigfacher Art, Hallucinationen, Illusionen und Visionen gesellen sich dazu, und der vorhandene Angstzustand artet in Verfolgungswahn mit Selbstmordabsichten aus. Meistens in der Nacht springen diese Kranken aus dem Bett in der Absicht, zu entfliehen, sich aus dem Fenster oder ins Wasser zu stürzen, versuchen die Verbände abzureissen, zerstören das Bettzeug, schwatzen anhaltend verwirrt, stampfen mit den Füssen, toben und erkennen ihre Umgebung nicht. Dieser Zustand kann nach einigen Stunden, während deren ein mürrisches oder weinerliches Wesen vorherrscht, auch wohl noch verkehrte Antworten gegeben werden, ohne weitere Störung zu hinterlassen, verschwinden. Die Erinnerung an den abnormen psychischen Zustand kann später vorhanden sein oder fehlen. In einer anderen Gruppe von Fällen halten die Zustände angstvoller Erregtheit und Verwirrtheit auch am Tage entweder kontinuierlich oder paroxysmenweise an und können sich über Tage und selbst Wochen erstrecken." (Lewin l. c. S. 526.)

Wie nahe der Aetherrausch und die „Aethersucht" dem Alkoholrausche und dem chronischen Alkoholismus stehen, ist allgemein bekannt. Ich brauche daher hierauf nicht näher einzugehen.

Das Krankheitsbild, das durch Missbrauch von Paraldehyd entsteht, ist dem chronischen Alkoholismus sehr ähnlich. „Abmagerung

und Anämie, abendliches Fieber, Verstopfung und Flatulenz neben Heisshunger, irreguläre Herzaktion mit Palpitationen, Albuminurie oder ein Delirium tremens, Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz, Sprachstörungen, andauerndes Benommensein, oder Angstgefühle und Aufregung, Muskelschwäche, Tremor der Zunge, des Gesichtes und der Hände, unsicherer Gang, Ruhelosigkeit und Paraesthesien." (Lewin l. c. S. 114.)

Wie leicht Kranke durch Chloral berauscht werden und in wie hohem Grade sein Missbrauch einen, dem chronischen Alkoholismus ähnlichen Zustand hervorruft, bedarf kaum der Erwähnung.

Sulfonal (Lewin l. c. S. 121) kann „geistige Erregung verschiedenen Grades, Angst, Illusionen und Hallucinationen hervorbringen. Mancher wird geschwätzig, unruhig, Andere delirieren und verfallen dann in Stupor u. s. w."

Diese, durch einige Citate hier beleuchtete Sachlage, wird durch eine genauere Betrachtung der Wirkungen der einzelnen Stoffe leicht noch deutlicher auseinandergesetzt werden können. Es war jedoch hier nur meine Absicht, den Gedanken auszusprechen, ob man nicht diese ganze Reihe von Intoxikationspsychosen zu einer Gruppe zusammenfassen soll, deren eigenartiges klinisches Bild dann weiter ausgeführt zu werden verdiente.

Diese ganze Gruppe von Stoffen setzt sich aus chemisch indifferenten Verbindungen zusammen, die unverändert resorbiert werden und von denen man annehmen muss, dass sie in unveränderter Form auf das Centralnervensystem einwirken. (Cfr. J. Bock: Hospitalstidende 1900, No. 37—39.)

Von der Narkose, die fast alle diese Verbindungen hervorbringen, nimmt man gewöhnlich an, dass sie einen stets gleichen Charakter habe, und die Vermutung liegt nahe, man könne die Theorie, mit der man das Entstehen der Narkose erkläre, nun auch für die Entstehung der Psychose verwerten. Mit anderen Worten: kann man vielleicht auch hier die Hypothese von der Bedeutung der Zahl der Aethylgruppen (C_2H_5) anwenden und die Theorie Hans Meyer's verwerten, nach welcher die deletären Eigenschaften dieser chemischen Verbindungen auf eine gemeinschaftliche Eigenschaft zurückzuführen sind, nämlich auf ihre Fähigkeit, fettähnliche Stoffe aufzulösen?

Betrachten wir nun die aromatischen Stoffe, so zeigt es sich, dass nur relativ wenige von ihnen öfters psychische Störungen hervorbringen.

Die Salicylsäure [$C_6H_4(OH)(COOH)$] kann die bekannten deliriösen Zustände mit oder ohne vorhergehende Depression hervorrufen.

Einige andere Verbindungen vermögen auch gelegentlich psychische Störungen zu erzeugen, allein diese sind oft so flüchtig, dass es schwierig ist, von ihnen ein bestimmtes klinisches Bild zu entwerfen. Es ist möglich, dass auch bei diesen Stoffen ihr physikalisches Verhalten zu den Fettkörpern eine nicht unbedeutende Rolle spielt.

Viel ungleichartiger sind die Psychosen, die durch Alkaloide hervorgerufen werden. Vom chemischen Standpunkte betrachtet sind diese Alkaloide auch so ungleich und zum Teil noch so wenig studiert, dass man sich bei dieser Gruppe nur in einigen Punkten zurechtfinden kann.

Die psychischen Störungen, die durch die chemisch nahe verwandten Alkaloide Atropin und Cocain hervorgerufen werden, scheinen eine besondere Unterabteilung mit charakteristischen klinischen Zügen zu bilden; ebenso dürften auch unter dem gleichen Gesichtspunkte das Morphium und seine Derivate eine besondere Unterabteilung ausmachen. Diese letztere Gruppe ist u. a. dadurch charakterisiert, dass ihre Alkaloide zwar akute psychische Störungen und eine „Sucht“ nach dem Gifte erzeugen; allein es giebt in der Litteratur keine sicher konstatierten Fälle von eigentlichen Morphiumpsychosen. Dadurch unterscheidet sich diese Gruppe von den zuerst genannten Alkaloiden, dem Atropin und Cocain. Die anderen Alkaloide, die hier noch ein besonderes Interesse haben, sind Nicotin, Chinin, Santonin und vielleicht auch Antipyrin.

Eine systematische Einteilung wie die vorgeschlagene hat natürlich hauptsächlich den Zweck, als Arbeitshypothese zu dienen, während sie über die Frage nach der Wirkungsweise der Verbindungen nichts aussagen will. Manches spricht, wie schon erwähnt, dafür, dass die genannten Stoffe aus der Gruppe der Fettkörper besonders durch ihre allen gemeinsame physikalische Eigenschaft wirken, während die Wirkungsweise der Alkaloide noch wenig aufgeklärt ist.

Hat man erst einmal die Intoxikationspsychosen in Gruppen mit gemeinsamen, leicht erkennbaren klinischen Zeichen eingeteilt, dann wird es vielleicht auch möglich sein, darüber Klarheit zu erhalten, durch welche Stoffe manche der spontan auftretenden Psychosen erzeugt werden; vielleicht gelänge es dann auch, diese Stoffe aufzufinden. So weist z. B. bei einem Teil der Pubertätspsychosen das Aussehen der Kranken in mancher Beziehung auf eine Vergiftung hin.

Der hier angedeutete Weg eines Zusammenarbeitens mit der Chemie dürfte fruchtbringender sein als die berüchtigten Untersuchungen über die „Giftigkeit des Urins“, durch die sich manche Aerzte vor einigen Jahren blamierten, Untersuchungen, die sehr an den hoffnungslosen

und Anämie, abendliches Fieber, Verstopfung und F... inzige Gleichung zu
hunger, irreguläre Herzaktion mit Palpitationen
Delirium tremens, Abnahme des Gedächtni... Anzahl der Stoffe, welche
Sprachstörungen, andauerndes Benommer... können, kennen lernen, dann
Aufregung, Muskelschwäche, Tremor d... Beschreibung immer weniger
Hände, unsicherer Gang, Ruhelosigkei... einer brauchbaren Systematik wird
Wie leicht Kranke durch ... ich hier vorschlug, wird uns wahr-
hohem Grade sein Missbra... Beziehung — vorwärts bringen.
ähnlichen Zustand hervor...
Sulfonal (Lewi...
Grades, Angst, Ill...
wird geschwätz...
Stupor u. s. ...
Die...
eine g...
noch
nu...

II. Zur Lage der Irrenfürsorge in Baden.

Von Privatdozent **Dr. Gaupp** (Heidelberg).

Wenn der Historiker vielleicht in hundert Jahren den Versuch machen wird, eine Geschichte der Entwickelung des Irrenwesens zu schreiben, so wird es eine schwierige Aufgabe für ihn sein, den Ursachen nachzugehen, welche die ungeheuere Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken vom letzten Drittel des 19. Jahrhunderts an hervorriefen. In geradezu unheimlicher Geschwindigkeit wächst seit etwa 30 Jahren das Bedürfnis nach Irrenanstalten, und obwohl Staaten und Gemeinden weit mehr, als jemals früher, sich der Irrenfürsorge annehmen, so wird doch — wenigstens bei uns in Deutschland — fast nirgends ein Zustand erreicht, von dem man sagen könnte, dass er die berechtigten Forderungen und Wünsche hinsichtlich der Ausgestaltung des öffentlichen Irrenwesens zu befriedigen vermöchte. Wohl werden an vielen Orten Deutschlands in rascher Folge Anstalten erbaut, allein schon bald nach ihrer Eröffnung sind sie mit Kranken angefüllt, wenige Jahre später hört man die alte Klage der Ueberfüllung.

Besonders deutlich zeigt sich dieser Entwickelungsgang in den volkreichen, sich rasch vermehrenden süddeutschen Staaten. Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Elsass-Lothringen haben trotz grosser Erweiterungen ihres Anstaltswesens schon seit geraumer Zeit überfüllte Asyle, in allen diesen Ländern sind schöne, zum Teil riesige Irrenanstalten erstellt worden, Millionen wurden verausgabt in der Hoffnung, dass nunmehr für lange Zeit gesorgt sei. Allein immer dieselbe Enttäuschung! Vor der Fertigstellung der Neubauten werden die alten Anstalten in schädlicher Weise überfüllt, im Lande häufen sich die anstaltsbedürftigen Kranken in bedenklicher Zahl an und wenn nun die neue Anstalt ihre Räume öffnet, so reicht sie bisweilen kaum hin, um der momentanen Notlage abzuhelfen und alle die unterzubringen, die der Anstaltspflege dringend bedürfen.

ertönt dann zur Verwunderung der Fernerstehenden, namentlich auch 'esetzgebenden Faktoren, alsbald nach der Eröffnung der neuen kost- 'n Anstalt abermals der Ruf nach neuen Bauten, weil die Not der 'lung sich schon wieder bemerkbar mache.

deutlich sehen wir diesen Entwickelungsgang in dem Gross- Baden. Eine grosse moderne Anstalt (bei Emmendingen) eröffnet, in den folgenden Jahren bedeutend vergrössert, ute über 1150 Kranke beherbergt; aber trotzdem blieb die . Baden unzureichend und Max Fischer (Illenau) machte .097 auf das rasche Anwachsen der Anstaltsbevölkerung in Baden aufmerksam und glaubte, der Neubau einer Anstalt müsse ins Auge gefasst werden. Als dann aber Kraepelin auf dem südwestdeutschen Psychiatertag in Karlsruhe im November 1897 (diese Zeitschr. 1897, S. 654 ff.) auf Grund eingehender Studien die Ueberfüllung der badischen Anstalten und die völlige Unzulänglichkeit der badischen Irrenfürsorge darlegte, als er die Notlage der Kliniken durch unwiderlegliches Beweismaterial veranschaulichte, da fand er merkwürdigerweise bei den badischen Irrenärzten nur wenig Zustimmung, seine Forderung von Neubauten wurde nicht unterstützt und so konnte es geschehen, dass der Minister des Innern am 6. Juli 1898 im badischen Landtag sich folgendermassen äusserte: „Dass bereits jetzt eine neue grosse Anstalt gebaut werden solle, war eine ganz vereinzelte Ansicht eines akademischen Irrenklinikers, die die anderen Direktoren nicht teilten. Auch das hohe Haus teilte diese Ansicht nicht.“ (Karlsruher Zeitung 6. VII. 98). In der That war damals in der Presse auch von irrenärztlicher Seite die Ansicht vertreten worden, dass die Feststellungen über den Platzmangel „noch lange nicht abgeschlossen seien“, dass die Vorbereitungen für die neue Anstalt „nicht stürmisch geschehen“ sollen u. s. w. Wohl hat sich Kraepelin energisch gegen derartige Ausführungen gewendet und z. B. in der „Badischen Presse“ geschrieben: „Es ist mir, offen gesagt, völlig unverständlich, wie ein Irrenarzt, der die statistischen Erfahrungen über die Zunahme der Geisteskranken in allen Ländern und insbesondere unsere badischen Verhältnisse kennt, eine derartige Auffassung vertreten kann . . . .“ Allein Kraepelin's Mahnung blieb unberücksichtigt. Die Regierung beschränkte sich zunächst auf kleine Aushilfsmittel (Vergrösserung von Illenau und Emmendingen); die Not im Lande wuchs. Unglücklicherweise wurde diese Notlage zum Teile dadurch verschleiert, dass man sich daran gewöhnte, in den Kreispflegeanstalten ebenfalls Irrenanstalten zu erblicken, durch deren weitere Inanspruchnahme die zunehmende Ueberfüllung wirksam bekämpft werden könne.

Wohl warnten manche Psychiater vor diesem Ausweg (schon früher Roller, später namentlich Kraepelin, Ludwig, Thomann), wohl waren die Statuten und die landesherrliche Verordnung vom 3. X. 1895 einer Entwickelung der Kreispflegeanstalten zu Irrenanstalten im Wege, insofern nur solche Kranke in ihnen untergebracht werden dürfen, die keiner psychiatrischen Behandlung und keiner Irrenanstaltspflege bedürfen. Allein trotzdem hoffte man auf ihre wirksame Mithilfe bei der Entlastung der überfüllten Anstalten; und dass sie teilweise auch in der That die Funktionen einer Irrenanstalt übernommen haben, das sehen wir deutlich aus einer jüngst erschienenen Arbeit von Eschle (Die Krankenpflege, I. 5) über die Kreispflegeanstalten. Dort schildert der Verf. bei Beschreibung der Kreispflegeanstalt Hub unter anderem auch Abteilungen „für unruhige Geisteskranke, die gleichzeitig als Beobachtungs-, Wach- und Aufnahmestationen dienen." Die grossen Gefahren einer derartigen Entwickelung der Irrenfürsorge sind von Kraepelin und Ludwig hinreichend erörtert worden.

In den letzten Jahren nahm die Ueberfüllung der badischen Irrenanstalten immer mehr zu. Es ging eben, wie es gehen musste. Die alte Pforzheimer Anstalt genügt den modernen Anforderungen schon lange nicht mehr. Emmendingen noch mehr zu vergrössern, erscheint ebenfalls nicht thunlich; die Illenauer Neubauten vermochten nur sehr wenige neue Plätze zu liefern; in den beiden Kliniken, die nach Anlage und Zweck sich nicht für eine erhebliche Vergrösserung eignen, herrscht seit Langem eine unerträgliche Ueberfüllung mit unruhigen und störenden Kranken, die nicht rasch genug nach den Landesanstalten übergeführt werden können, weil es dort selbst an Raum mangelt. So musste sich die Badische Regierung zu gründlicheren Massnahmen entschliessen. Eine Kommission wurde mit der Inangriffnahme der Vorarbeiten beauftragt; sie hat über ihre bisherige Thätigkeit in einer umfangreichen Denkschrift Bericht erstattet. Diese Denkschrift, die von Schüle (Illenau), Fischer (Pforzheim) und Haardt (Emmendingen) unterzeichnet ist, liegt uns vor. Sie hat in erster Linie den Zweck, weitere Kreise (namentlich auch die Mitglieder des badischen Landtags) über die derzeitige Lage des badischen Irrenwesens zu unterrichten und die Wege anzugeben, auf denen sich nach der Ansicht der Anstaltsleiter die weitere Entwickelung vollziehen soll. Die Vorstände der beiden Kliniken sind an der Denkschrift nicht beteiligt, sie gehören der Kommission nicht an, obwohl die Interessen ihrer Institute bei der Neuregelung der Dinge sehr nahe berührt werden.

Der erste Teil der Denkschrift, dessen Verfasser (wie uns eine An-

merkung sagt) Max Fischer in Illenau ist, schildert in klarer und eingehender Weise den jetzigen Stand der Irrenversorgung in Baden. Das Land hat fünf öffentliche Staatsirrenanstalten: Illenau (500 Plätze), Emmendingen (1025 Plätze), Pforzheim (650 Plätze), und die beiden Kliniken Heidelberg und Freiburg (je 110 Plätze). Nominelle Höchstziffer 2395 Plätze. Die privaten Wohlthätigkeitsanstalten (St. Josefshaus in Herthen, Anstalt für schwachsinnige Kinder in Mosbach, Epileptikeranstalt in Kork) sorgen wesentlich für die Jugendlichen. In den neun Kreispflegeanstalten Badens sind zur Zeit 52 % der Insassen geisteskrank (1243 Personen). Da aber diese Anstalten statutarisch nur solche Kranke aufnehmen dürfen, die keiner irrenärztlichen Behandlung bedürfen, sondern sich ebensogut für die Lokalversorgung eignen, so gehören sie nicht in die Reihe der Irrenanstalten.

Heidelberg, Freiburg und Illenau sind Heilanstalten mit bestimmtem Aufnahmebezirk, Pforzheim und Emmendingen nehmen keine frischen Fälle auf. Aufnahmeziffer im Jahre 1900 in Illenau 434, in Heidelberg 383, in Freiburg 220, in Emmendingen 170, in Pforzheim 75.

Zur Zeit sind sämtliche staatlichen Irrenanstalten relativ und absolut überfüllt. Man war sogar genötigt, die veraltete und schlecht eingerichtete Anstalt in Pforzheim noch zu vergrössern, nur um der allgemeinen Notlage zu begegnen. Die Missstände, die aus der Ueberfüllung sich ergeben, sind sehr gross, wie Fischer mit trefflichen Ausführungen klarlegt. „Die Anstalt droht mehr und mehr bloss zu einem Aufbewahrungsort der Kranken herabzusinken und kann ihrer wichtigsten und vornehmsten Aufgabe — der Heilung — je länger, desto weniger mehr nachkommen.“ . . . . „Der Ersatz durch die Neubauten in Illenau wird hierin nur vorübergehend Erleichterung schaffen.“ Durch solche und ähnliche Ausführungen beweist Fischer in unwiderleglicher Weise, dass schon 1900 in Baden eine grosse Notlage bestand; er beweist damit auch, wie recht Kraepelin 1897 und 1898 hatte, als er immer wieder zur Erbauung einer neuen Anstalt ermahnte. Allein damals wurde er, wie schon erwähnt, von seinen Fachgenossen nicht nur nicht unterstützt, sondern teilweise direkt bekämpft; nur Max Fischer war schon 1897 zu gleicher Auffassung gekommen. Wäre damals Kraepelin's Vorschlag von allen Seiten befürwortet worden, so wäre vielleicht jetzt schon der Bau einer Anstalt im Gange und die derzeitige Notlage würde wenigstens in Bälde ihr Ende finden. So aber wird noch eine Reihe von Jahren vergehen, bis die rasch progressive Ueberfüllung wenigstens einigermassen beseitigt werden kann.

Durch sorgfältige Berechnung kommt Fischer zu dem Ergebnis, dass Baden etwa 80 neue Plätze für jedes Jahr braucht, dass ferner jetzt schon Zeichen der Rückstauung vorhanden sind, dass jetzt schon ein grosses Mass von Anstaltsbedürftigkeit unter den im Lande zurückgehaltenen Geisteskranken besteht. Da Pforzheim als Anstalt ausgeschieden werden soll, da ferner zur Zeit eine Ueberfüllung von mindestens 160 Kranken vorhanden ist und da endlich mit einem jährlichen Zuwachs von 80 Plätzen gerechnet werden muss, so sind nach Fischer's Aufstellung, die uns durchaus zuverlässig erscheint, neu zu schaffen:

bis 1905	1210	Anstaltsplätze.
bis 1910	1610	
bis 1915	2010	

Vergleiche mit den Verhältnissen in anderen Staaten (Bayern, Württemberg, Elsass-Lothringen, Hessen, Rheinprovinz) führen Fischer mit Recht zu einer Bestätigung seiner Auffassung. Wir glauben Kraepelin's Worte vor uns zu sehen, wenn wir am Ende der Fischer'schen Darlegungen lesen: „Die meisten der bezeichneten fünf Länder sind uns gegenüber aber dadurch zunächst noch im Vorsprung, dass bedeutende Vermehrungen der Anstaltsplätze, sei es durch Erweiterung der bestehenden Anstalten, sei es durch Neuerstellung von Anstalten, dort bereits im Werk sind oder dass sogar die Eröffnung neuer Räume und ganzer Anstalten unmittelbar bevorsteht." Allein der Verfasser verschweigt, dass an diesem Zurückbleiben Badens nicht sowohl die Regierung, als vielmehr deren fachmännische Berater schuld sind, wie aus den oben zitierten Worten des Ministers deutlich hervorgeht.

Die Verf. der Denkschrift erörtern im dritten Kapitel die Mittel und Wege zur richtigen Lösung der Aufgabe der zwischenzeitigen Irrenfürsorge bis zur Fertigstellung der zwei neuen Anstalten, deren Bau nach Ansicht der Kommission notwendig ist. Solche Hülfsmittel sind: eine möglichst ausgiebige Ausnützung aller vorhandenen Plätze; Weiterbenützung der in den Kreispflegeanstalten offenen Plätze, endlich möglichst zahlreiche Entlassungen ruhiger Kranke in die Heimatgemeinde und Familie.

Dann wendet sich die Kommission der Frage der künftigen Ausgestaltung der badischen Irrenfürsorge zu. Hier empfiehlt sie namentlich folgendes:

Das Princip der regionalen Einteilung des Landes soll beibehalten werden; ferner soll auch künftig in Baden die Unterscheidung von Heilanstalten und Pflegeanstalten in der Hauptsache in Geltung bleiben. Heilanstalten sollen auch künftig sein: Heidelberg (Aufnahmebezirk: Nord-Baden), Illenau (Aufnahmebezirk: Mittel-Baden), Freiburg (Aufnahme-

bezirk: Süd-Baden). Die alte Pflegeanstalt Pforzheim soll eingehen; statt ihrer soll in der Nähe von Heidelberg eine neue Pflegeanstalt gebaut werden. (Gelände bei Nussloch; 700—800 Plätze; Ackerbaubetrieb). Emmendingen, die schöne moderne Anstalt, soll auch künftig reine Pflegeanstalt bleiben und ihre Kranken aus Illenau und Freiburg erhalten. Endlich soll im südöstlichen Teile Badens eine kleinere Heil- und Pflegeanstalt gebaut werden, die sowohl die frisch Erkrankten ihres Bezirkes aufnehmen, als auch ihre chronischen Kranken weiter verpflegen soll. (Gelände bei Konstanz; 360—400 Plätze).

Sollte diesen Vorschlägen gemäss verfahren werden, so würde die Sachlage in Baden also künftig folgende sein: Das Land zerfällt in vier Aufnahmebezirke. Die Kliniken bleiben trotz aller Bemühungen Kraepelin's auch fernerhin verpflichtet, die Kranken eines bestimmten Landesteiles aufzunehmen, gleichgiltig ob sie überfüllt sind und ob die zur Aufnahme kommenden Kranken sich für die Zwecke des Unterrichts und der wissenschaftlichen Forschung eignen. Die schöne Entwicklung, welche andere psychiatrische Kliniken in Deutschland dank ihren trefflichen Aufnahmebedingungen durchgemacht haben, soll Freiburg und Heidelberg auch künftig erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht werden. In dem benachbarten Württemberg hat sich die Klinik in den wenigen Jahren ihres Bestehens zu einer Höhe entwickelt, wie sie Heidelberg und Freiburg niemals wird erreichen können, wenn die badische Regierung den Vorschlägen der Kommission Folge giebt. Dazu kommt, dass der Aufnahmebezirk der beiden Kliniken noch verkleinert werden soll (zu Gunsten Illenau's und der neuen Konstanzer Anstalt). Trotz der klaren Darlegungen Fürstner's und Kraepelin's, dass die Aufnahmefähigkeit einer Klinik in weiten Grenzen nur von ihrer Evakuationsfähigkeit abhängt und dass z. B. Heidelberg viel mehr Kranke aufnehmen könne, sobald man der Klinik die Kranken rechtzeitig abnehme, — trotz alledem ist im badischen Landtag und andererorts die Behauptung aufgestellt worden, man könne der Ueberfüllung der Kliniken nur durch Verkleinerung ihres Aufnahmebezirkes begegnen.

Also Heidelberg und Freiburg sollen nach Ansicht der Denkschriftverfasser auch künftig auf die Aufnahme der Kranken eines (noch verkleinerten) Bezirkes beschränkt bleiben. Die Fragen des Unterrichts und der wissenschaftlichen Forschung sollen nach wie vor zurückstehen hinter der Aufgabe, einen Teil der staatlichen Irrenfürsorge nach territorialer Abgrenzung zu übernehmen! Die Folge wird sein, dass die beiden badischen Kliniken, die einst die Vorbilder für die Gestaltung der psychiatrischen Unterrichtsanstalten waren, mit wehmütiger Resignation

zuschauen müssen, wie sie von ihren jüngeren Schwesteranstalten überflügelt werden. Man lese Siemerling's Bericht über die Tübinger Klinik und man wird unserer pessimistischen Auffassung Recht geben.

Aber auch noch andere Fragen sind es, die angesichts der Vorschläge der Denkschrift auftauchen. Das Princip einer strengen Scheidung von Heil- und Pflegeanstalten ist heute bei den meisten Neuschaffungen verlassen. Nun hat Baden eine schöne moderne Anstalt in Emmendingen, eine neue soll demnächst bei Heidelberg errichtet werden. Beide sollen nur Pflegeanstalten sein. Warum dies? Wer Emmendingen kennt, wird mit uns der Ansicht sein, dass es nach seinen ganzen Einrichtungen sehr wohl geeignet wäre, als Heil- und Pflegeanstalt zu dienen. Natürlich könnte auch die neue Anstalt von Anfang an für diese modernere Form der Irrenbehandlung, bei der es die hässliche Scheidung von Heilanstalt und Pflegeanstalt nicht mehr giebt, eingerichtet werden. Allein die Kommission will ausser den Kliniken nur Illenau, dessen Aufnahmebezirk noch vergrössert werden soll, und Konstanz das Recht einräumen, frische und heilbare Krankheitsfälle aufzunehmen. Läge es nicht viel näher, eine Neuregelung in folgender Weise vorzunehmen: Sämtliche Anstalten (Illenau, Emmendingen, Nussloch, Konstanz) sind Heil- und Pflegeanstalten für die ihnen zugewiesenen Bezirke. Die beiden Irrenkliniken scheiden aus der staatlichen Irrenfürsorge aus, werden wie die anderen Kliniken akademische Lehrinstitute und erhalten Aufnahmebestimmungen nach Art der Tübinger Einrichtungen. Obwohl in Württemberg zur Zeit noch eine ähnliche Notlage in der staatlichen Irrenfürsorge herrscht, wie in Baden, ist die Tübinger Klinik von Anfang an ein unabhängiges Lehrinstitut gewesen und ihre Aufnahmezahl ist innerhalb sechs Jahren von 263 auf 578 gestiegen!

Die Denkschrift tritt ferner dafür ein, dass sämtliche badischen Anstalten das Recht erhalten sollen, Kranke höherer Stände zu verpflegen, wenn auch Illenau dabei wohl in erster Linie zu berücksichtigen sei, da es seit Roller's Tagen für die grösseren Ansprüche der Gebildeten besonders gut eingerichtet sei und ein „reiches Innenleben“ habe, das jede Individualisierung erlaube.

Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, dieses Schmerzenskind der modernen praktischen Psychiatrie, soll nach dem Vorschlag der Kommission durch Erstellung eines Pavillons bei der neuen Anstalt im Unterlande (20—25 Plätze für Männer) geregelt werden. Vielleicht können dann in dieser Abteilung nicht bloss geisteskranke Verbrecher, sondern auch verbrecherische Geisteskranke Aufnahme finden.

Noch zwei weitere Fragen werden in der Denkschrift erörtert:

1. die Erbauung einer Volksheilstätte für Nervenkranke.
2. die Errichtung einer Trinkerheilstätte.

Beide Bauten sollen nach Ansicht der Kommission in nächster Nähe der Illenauer Anstalt errichtet werden.

Die Verfasser der Denkschrift befürworten für die bekannte und jetzt viel erörterte Frage der Nervenheilstätten die staatliche Organisation, während sie sich von privater Wohlthätigkeit oder von einer Vereinsthätigkeit für Baden weniger versprechen. Eingehend werden die Krankheitszustände erörtert, die sich zur Behandlung in der staatlichen Heilstätte eignen sollen. Als solche gelten der Kommission weniger die durch erworbene Krankheit nervös Erschöpften, als vielmehr die an der Grenze der Geisteskrankheit stehenden Neuropathen und Psychopathen, die erblich belasteten Hysteriker und Hypochonder, die mit Zwangszuständen Behafteten, um mit Möbius zu reden: die Entarteten; endlich einige traumatisch Hysterische. Sie also sollen in erster Linie in der Nervenheilstätte Platz finden; sie gelten als die „Aermsten der Armen“, sie sollen aber auch einer Behandlung leicht zugänglich sein. Deshalb, weil es sich hier um Grenzzustände handelt, wird von der Kommission die relative Verbindung mit einer staatlichen Irrenanstalt (und zwar Illenau) vorgeschlagen; die Nervenheilstätte wird zu einem Teil der Irrenanstalt, sie dient gleichzeitig auch als Genesungshaus für rekonvaleszente Geisteskranke.

Es ist begreiflich, dass ein Plan, der von Irrenärzten, die als Leiter ländlicher Anstalten die „Nervenkranken“ nur wenig aus eigener Erfahrung kennen, ausgearbeitet wurde, die vorliegende Gestalt gewonnen hat. Es ist aber auch ebenso begreiflich, dass ein derartiger Plan kaum die Zustimmung des Neurologen finden kann. Gerade die Krankheitsgruppen, die von der Kommission gewählt wurden, eignen sich nach der Ansicht der Nervenärzte am wenigsten für die Behandlung in Volksheilstätten. Die Neuropathen und Psychopathen, welche die Denkschrift schildert, stellen die prognostisch ungünstigste Form nervöser Erkrankung dar, sie sind die Unheilbaren unter den Nervösen, bedauernswerte Menschen, aber für die Heilstättenbehandlung ganz ungeeignete Elemente. Und wenn etwas geeignet sein könnte, die ganze Nervenheilstättenfrage in Baden von Anfang an in ein totes Geleise zu treiben, so wäre es die Einreihung des Nervenheims in den Bereich einer Irrenanstalt. Wir können nicht dringend genug vor einem solchen Schritte warnen, sofern die Regierung eine wirkliche Heilstätte für arme Nervenkranke wünscht; der neue Bau würde sich vermutlich nur mit leicht Geisteskranken und mit Degenerierten füllen; die durch körperliche Krankheit,

Not und Elend Geschwächten und nervös Erschöpften würden ihm ferne bleiben; sie aber sind zu heilen und sie sollten in erster Linie berücksichtigt werden. Eine andere Frage ist es, ob die Fürsorge für sie nur (oder auch nur am besten) durch staatliche Organisation erreicht werden kann. Wir glauben dies nicht, sondern möchten annehmen, dass private Wohlthätigkeit und namentlich die Initiative der Landes-Versicherungsanstalten und der grossen Berufsgenossenschaften die Entwicklung der Heilstättenfrage rascher fördern wird, als der Staat, zumal jene Einrichtungen ein eigenes materielles Interesse an dieser Entwickelung haben. Und wenn wir am Ende der Denkschrift lesen, dass dann, wenn im Jahr 1907 die beiden jetzt geplanten Irrenanstalten betriebsfähig sein werden, doch erst 2810 Plätze für Geisteskranke vorhanden sind, während Fischer schon für 1905 eine grössere Zahl fordert, so liegt der Gedanke nahe, der Regierung zu raten, lieber erst für die eigentlich Geisteskranken nach Lage der verfügbaren Mittel zu sorgen, als für Neuropathen und Psychopathen, deren krankhafte Natur nicht wesentlich zu bessern ist, deren Anstaltsbedürftigkeit aber weit geringer ist, als die unserer Geisteskranken, namentlich soweit das öffentliche Interesse in Frage kommt.

Auch für die Trinkerheilanstalt schlägt die Kommission einen Platz in der Nähe von Illenau vor. Die Notwendigkeit einer solchen Heilstätte wird in der Denkschrift klar und überzeugend dargelegt. Sie soll den Charakter einer offenen Heilanstalt haben, für 50 Männer Platz bieten, unter der Leitung eines psychiatrisch gebildeten Arztes stehen und als wichtigstes Heilmittel die Arbeitstherapie aufweisen. Völlige Enthaltsamkeit ist selbstverständlich. Die Nähe einer Irrenanstalt ist nach Ansicht der Kommission ein Vorzug, damit sie als Zuflucht dienen könne, wenn bei Insassen der Heilstätte „heftige und gefährliche psychische Störungen" eintreten. Demgemäss wird ein Ort in der Nähe von Illenau empfohlen.

Gegen diese Vorschläge ist manches zu sagen. Einmal erscheint es uns unwahrscheinlich, dass in einer Trinkerheilstätte, die eine offene Anstalt ist, bei völliger Abstinenz der Insassen heftige psychische Störungen als überraschende Vorkommnisse auftreten, wenn bei der Auswahl der zur Aufnahme kommenden Trinker richtig vorgegangen wird. Denn für die eigentlich geisteskranken gefährlichen Alkoholisten wird immer die Irrenanstalt der richtige Aufenthaltsort sein, die nicht geisteskranken Trinker sind aber bei völliger Enthaltsamkeit nicht so gefährlich, dass die Nähe einer Irrenanstalt notwendig erscheint.

Dagegen ist es wie für das Nervenheim, so auch für die Trinker-

heilstätte schädlich, wenn sie in den Augen des Publikums durch ihre mehr oder weniger feste Angliederung an eine Irrenanstalt von vornherein den Charakter einer Irrenabteilung erhält. Was wir oben gegen den Plan, die Nervenheilstätte bei Illenau zu errichten, anführten, das gilt fast in gleichem Masse auch für die Trinkerheilanstalt. Vertrauen des Publikums ist bei diesen Neuschaffungen eine Grundbedingung ihres Gedeihens; allein solange nun einmal die Irrenanstalt dem Laien ein Ort ist, der unbehagliche Gefühle erweckt und dem man lieber ferne bleibt, solange ist es auch geboten, die Heilstätten für Nervenkranke und Trinker räumlich von den Irrenanstalten zu trennen, damit sie als Sanatorien von dem unbemittelten Kranken ebenso gerne aufgesucht werden, wie dies bezüglich der Sanatorien der Wohlhabenden schon seit langer Zeit geschieht. Bei diesen aber heisst es: Geisteskranke ausgeschlossen.

Der letzte Abschnitt der Denkschrift entwirft ein Zukunftsbild der staatlichen Irrenfürsorge Badens. Das Wichtigste ist darin die Darlegung, dass auch nach Erbauung der zwei geplanten Irrenanstalten noch nicht soviel Plätze zur Verfügung stehen, um allen Kranken, die öffentlicher Fürsorge bedürfen, in den staatlichen Anstalten Unterkunft gewähren zu können. Auch später werden noch andere Institute, die keine staatliche Organisation haben, in Anspruch genommen werden müssen, vor allem die Kreispflegeanstalten, deren geringe Tauglichkeit für die Irrenversorgung Kraepelin, Ludwig und andere seit Jahren hervorheben und in denen offenbar auch die Verfasser der Denkschrift nur dann brauchbare Glieder des öffentlichen Irrenwesens erblicken wollen, wenn sie eine wesentliche Umgestaltung werden erfahren haben (psychiatrischer geschulter Leiter, der in der Anstalt selbst wohnen muss; mehr Wartepersonal; sorgfältige Auswahl der für eine Kreispflegeanstalt geeigneten Kranken etc.). —

Die umfangreiche Denkschrift giebt ein anschauliches Bild des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Baden; in interessanten Ausführungen erörtert sie die Ursachen der heutigen Lage und die Möglichkeiten einer erspriesslichen Weiterentwicklung. Wenn wir uns aber in manchen wichtigen Punkten mit der Ansicht der Kommission nicht einverstanden erklären konnten, so rührt dies zum grossen Teile von dem anderen Standpunkt her, den wir der ganzen Frage gegenüber einnehmen. In der Kommission fehlten die Direktoren der Kliniken, obwohl ihre Institute zur Zeit noch einen Teil der staatlichen Irrenfürsorge bilden; so konnte es geschehen, dass in der Denkschrift manche Vorschläge gemacht werden, deren Verwirklichung eine Schädigung der Interessen des Unterrichts und der wissenschaftlichen Forschung bedeuten würde. In der Kommission fehlten auch Männer der neurologischen

Praxis; so kam es, dass in der Frage der Nervenheilstätte Massnahmen empfohlen werden, die wohl kaum je die Billigung des Neurologen finden können. Indem die Kommission über die Aufgabe, über Ort, Umfang und Beschaffenheit weiterer Irrenanstaltsbauten Vorschläge zu machen, hinausging, begab sie sich auf ein Gebiet, bei dessen Beschreitung sie die Interessen der Universitätsinstitute verletzen musste und wobei sie sich über Fragen gutachtlich äusserte, deren Erörterung nicht ohne Mitwirkung anderer Sachverständigen hätte geschehen sollen.

II. Vereinsbericht.

Sitzungsberichte der Psychiatrisch-Neurologischen Sektion des Königl. Ungar. Aerzte-Vereins zu Budapest.

Sitzung vom 23. Januar 1901.

101) **Ernst Frey** demonstriert Präparate eines Falles von mit Syringomyelie kombinierter Tabes.

Die nach der Methode Weigert-Wolter's gefärbten Rückenmarkschnitte zeigen das Bild der elektiven Tabes. Infolge der hochgradigen Sclerose zeigen die Hinterstränge bedeutenden Schwund, im Halsmark ist an der Stelle des Centralkanals eine beträchtliche syringomyelitische Höhlenbildung zu sehen. Die ganze Commissur, ja auch ein Teil der Hörner, ist infolge der starken Gliawucherung sclerotisch geworden. Die Glia, sowie die hintere Wurzelzone, besonders an der Redlich-Obersteiner'schen Stelle, zeigen sich stark mit Rundzellen infiltriert. Auf Präparaten nach Van Gieson findet sich im Halsmark starke Gliawucherung besonders den commissuralen Gefässen entlang. Ferner zeigt sich eine diffuse Sclerose der Hinterstränge, sowie Leptomeningitis (syphilitica?).

Vortragender schliesst aus dem pathohistologischen Befunde im vorliegenden Falle auf einen ätiologischen Zusammenhang der Tabes mit der Syringomyelie. Ob aber die Syringomyelie dadurch entstanden sei, dass sich um den Centralkanal herum ein Syphilom gebildet, welches hernach zerfallen wäre, oder ob die Syphilis nur den Impuls zur Entstehung der Syringomyelie gegeben, konnte nicht entschieden werden.

102) **Dr. Alexander Ferenczi**: Ein Fall von paranoischer Paralyse.

Vortragender wirft die Frage auf, ob die Möglichkeit der gleichzeitigen Existenz zweier Psychosen in einem Individuum vorhanden sei, oder ob das Gesetz der physischen Undurchdringlichkeit auch auf psychischem Gebiete giltig sei. Man kann die Lösung der Frage 1. auf logischer, 2. auf empirischer Grundlage versuchen. 1. Die Psychiatrie kann sich nie auf anatomische Begriffe, sondern nur auf psychologische stützen; nun ist es vom psychologischen Standpunkte aus zweifellos, dass sich sämtliche psychischen Qualitäten zu einer

höheren Einheit, zum persönlichen „Ich“, vereinigen, dessen charakteristischeste Eigenschaft eben seine Unteilbarkeit (Individualität) ist. Da nun die Psyche auch in krankem Zustande nicht aufhört „Individuum“ zu sein, so steht es a priori ausser Zweifel, dass sich auch die pathologischen psychischen Qualitäten zu einer höheren Einheit, zur psychiatrischen Individualität kombinieren. 2. Gemäss der klinischen Erfahrung giebt es eine Kombination der psychiatrischen Krankheitsformen, und wenn sich zweierlei Geisteskrankheiten im selben Individuum treffen, so verbinden sich die zwei Krankheiten thatsächlich zu einer dritten. Doch kann man zweierlei Arten dieser Verbindung unterscheiden, je nach dem (im Sinne von Möbius) zwei exogene, resp. zwei endogene, oder aber zwei heterogene Geisteskrankheiten sich kombinieren.

Die Symptome homogener Krankheiten gehen miteinander intime Verbindungen ein (Analogie: chemische Verbindung). Die Symptome heterogener Psychosen bilden nur laxe Kombinationen (Analogie: Mischung). Die endogenen Geisteskrankheiten sind eigentlich keine „Krankheiten“, sondern Anomalien der Entwickelung, wogegen die exogenen Krankheiten infolge äusserer Schädlichkeiten entstandene pathologische Veränderungen (Krankheiten) darstellen. Es ist verständlich, dass, wenn in einem abnorm entwickelten Organ eine Erkrankung auftritt, die Abnormität und die Erkrankung jede für sich erkennbar bleiben. Hingegen ruft das Zusammentreffen zweier Abnormitäten oder zweier Krankheiten im selben Organe eine intime Verbindung der Symptome hervor.

Vortragender stellt einen 64 Jahre alten Mann vor, bei dem sich die Symptome der exogen entstandenen progressiven Paralyse zeigten, ausserdem aber auch die sehr charakteristische Symptomenreihe der hallucinatorischen Verrücktheit endogenen Ursprungs konstatierbar ist, ohne dass sich die beiden Symptomenkomplexe intimer kombinieren würden. Auf Grund detaillierter Analyse des Falles hält V. es für ausgeschlossen, dass in diesem Falle die taboparalytischen Symptome aus dem Bestehen der Paranoia, oder die paranoischen Symptome aus der Anwesenheit der Paralyse erklärbar wären. Die Wahnideen sind unverändert, fix, systematisch, lebhaft; die Symptome der Hirn- und Rückenmarkserkrankung, die Geistesschwäche, Hirnnervenlähmungen, sowie die tabischen Symptome sind deutlich ausgeprägt. Es steht daher ausser Zweifel, dass wir es hier mit einer laxen Kombination, resp. Koordination der Symptomenreihe von Paralyse und Paranoia zu thun haben.

Diskussion:

Salgó: Es könnte dennoch von der Tabes eines Paranoikers, oder von der Paranoia eines Tabikers die Rede sein. Er findet die Symptome der Paralyse für zu wenig ausgesprochen.

Prof. Moravcsik: Der Kranke war einige Zeit lang auch in seiner Abteilung interniert. Er beobachtete an ihm paralytische Symptome: Dysarthrie, Grössenwahn etc.

Epstein findet die Ursache der Erscheinung, dass zu den endogenen Geisteskrankheiten nur selten exogene hinzutreten, in dem Umstande, dass der Paranoiker frühzeitig in der Anstalt interniert wird, welche ihn gegen die exogenen Schädlichkeiten schützt.

Prof. Schaffer: Die Paralyse wird häufig durch Paranoia-ähnliche Zustände eingeleitet. Er erwähnt einen zehn Jahre hindurch unter seiner Beobachtung

gewesenen Fall, wo sich anfangs an erotische Paranoia erinnernde Symptome zeigten, bis sich endlich mit einem Schlag die Symptome einer foudroyanten Paralyse einstellten, unter deren charakteristischen Anzeichen der Kranke auch verschieden ist. Für den vorliegenden Fall acceptiert er den Standpunkt des Vortragenden. Es ist nicht einzusehen, weshalb an einem endogen kranken Gehirne sich keine exogene Krankheit einstellen könnte.

Sitzung vom 11. März 1901.

103) **Dr. Karl Décsi** stellt einen Fall von „Hysteria major“ vor, bei welchem infolge einer doppelseitigen Unterkieferluxation, welche sich gelegentlich der häufigen hysteroepileptischen Anfälle der Patientin immer erneuerte und schon schwer zu reponieren war, im Spital schon eine entsprechende Operation beabsichtigt wurde. Während dessen wurde die Kranke auf die psychiatrische Klinik transferiert und hier behandelt. Unter der Einwirkung der Anstaltsdisciplin und sonstiger suggestiver Einflüsse wurden die anfangs fast täglichen Anfälle und mit denselben auch die Luxation immer seltener, bis die Anfälle gänzlich wegblieben und die Luxation nunmehr schon seit mehreren Monaten nicht aufgetreten ist.

104) **Prof. Karl Schaffer**: Beiträge zur Topographie der paralytischen Rindendegeneration.*)

Schaffer demonstriert nach Weigert gefärbte Horizontalschnitte aus der linken Hirnhemisphäre eines 49jährigen Mannes, der an typischer Taboparalyse erkrankt war. An Schnitten durch den obersten Teil des Thalamus und des Linsenkernes fällt es sofort auf, dass der frontale, sowie der parietale Lappen mit dem Gyrus callosomarginalis am schwersten degeneriert ist, während der occipitale Lappen für den ersten Blick sozusagen unversehrt erscheint. Die mikroskopische Analyse zeigt folgendes: In den erwähnten am schwersten erkrankten Rindengebieten fehlt die tangentiale Schicht vollkommen, ferner fehlt, resp. ist sehr mangelhaft vorhanden, die radiäre Rindenschicht; die Marksubstanz dieser Rinde ist unvollkommen gefärbt und zeigt ein sehr loses Gewebe dünner, atrophischer Fasern, wogegen die normale Marksubstanz ein sehr dichtes, wirres Netz dunkelblau gefärbter, dicker Markfasern erkennen lässt. In den am meisten erkrankten Rindengebieten sind also sowohl die tangentialen, als die radiären Elemente des Cortex degeneriert, während die Marksubstanz der Rinde ebenfalls Anzeichen schwerer Erkrankung erkennen lässt.

Der occipitale Lappen bietet ein von dem vorigen abweichendes Bild, indem hier die corticale Marksubstanz die normale dunkelblaue Färbung zeigt. Die Rindenstrahlungen sind schön entwickelt, nur die oberflächlichen zonalen Fasern der Rinde zeigen dieselben Defekte, wie im frontalen Lappen. Hervorzuheben ist, dass die in der occipitalen Rinde sonst schön entwickelten mittleren tangentialen Fasern (Baillarger'scher Streifen) ebenfalls fehlen, resp. höchst spärlich vertreten sind. Ein mehr initiales Stadium der Erkrankung sehen wir in der motorischen Rinde, deren Markstrahlen minder dicht erscheinen. Der Vorderteil des Corpus callosum ist degeneriert, während das Splenium desselben minder ergriffen ist.

*) Anm.: Vergl. hierzu Nissl's Kritik unten S. 250ff.

Vortragender vergleicht diesen Befund mit einem von ihm im vorigen Jahre demonstrierten Falle einer progressiven Paralyse spastischer Natur. In beiden Fällen zeigt sich die tiefgreifendste Degeneration in frontalen und parietalen Lappen, sowie in der Reil'schen Insel, während die motorische Rinde und besonders der occipitale Lappen an der Erkrankung viel weniger Anteil nehmen. Diese Uebereinstimmung des Befundes bei hypotonischer und spastischer Paralyse scheint darauf hinzuweisen, dass die corticale Degeneration auf die spinale Entartung keinerlei Einfluss ausübt, das heisst, dass die tabische Rückenmarksentartung von der paralytischen Rindenentartung unabhängig ist. Man hat behauptet, dass die bei Tabes auftretende Rindenerkrankung in ihrer Lokalisation nicht mit derjenigen bei der paralytischen Rindenerkrankung übereinstimmt. Diese Behauptung wird durch den gegenwärtigen Fall desto gründlicher widerlegt, da in ihm sowohl Paralyse als Tabes höchst deutlich und klinisch rein entwickelt waren. Anders steht die Sache bei der spastischen Paralyse, wo die Degeneration der Pyramidenbahnen, wie dies aus Starlinger's Befunden hervorgeht, von der corticalen Degeneration herstammt. Die absteigende Degeneration bei der spastischen Paralyse hängt also anatomisch mit der paralytischen corticalen Degeneration zusammen, während die Hinterstrangsentartung bei der Taboparalyse mit der paralytischen Rindenentartung anatomisch nichts zu thun hat, mit derselben nur ätiologisch zusammenhängt.

Was die Entstehung der paralytischen Rindendegeneration anbetrifft, müssen hier verschiedene Umstände in Betracht gezogen werden. Der erste Umstand ist, dass die Degeneration die Rinde nicht in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmässig, sondern focal angreift. Wäre die paralytische Rindenentartung einfach ein diffuser entzündlicher Vorgang, so wären derartige focale Veränderungen nicht verständlich. In der oben erwähnten Verteilung der Rindendegeneration giebt sich also ein elektives Moment kund. Ein zweiter hervorzuhebender Umstand ist Binswanger's histologischer Befund, laut welchem die Rindenentartung sich auch bei den Frühformen der Paralyse, das heisst zu einer Zeit nachweisen lässt, wo entzündliche Veränderungen in der Rinde noch nicht vorhanden sind. Die Faserentartung kann daher mit Recht als primärer degenerativ-atrophischer Vorgang betrachtet werden. Drittens spielen bei der Entwickelung der Paralyse mehrere Faktoren, Hyperfunktion und Intoxikation mit. Vortragender weist auf Edinger's bekannten Versuch hin, in welchem derselbe im Centralnervensystem mittelst Hyperfunktion Markzerfall hervorbringen konnte, welche Degeneration sich auf Grundlage künstlich erzeugter Prädisposition (Pyrodinanämie) schneller entwickelte. In analoger Art verursacht Hyperfunktion der Hirnrinde paralytische Degeneration auf Grundlage der Syphilis oder sonstiger schwächender, prädisponierender Momente. So ist es zu verstehen, dass ein primärer Markzerfall, die Degeneration der corticalen Markfasern ohne jede Entzündung auftritt, und dass ferner die paralytische Rindendegeneration focaler Natur ist, da doch die geistige Hyperfunktion nur bestimmte Gebiete der Cortex betreffen kann.

An der Diskussion beteiligen sich Salgó, Donáth, Sarbó, Ranschburg und Oláh.

Sitzung am 22. April 1901.

105) **Dr. Ernst Frey:** Zwei Fälle mit Defekt des stereognostischen Sinnes.

Fall 1. J. W., Mädchen, 13 Jahre alt, Eltern leben; von sechs Geschwistern sind vier gesund, eine leidet an „Herzkrämpfen". Patientin machte im einjährigen Alter angeblich Hirnentzündung (Meningitis?) durch, während welcher sie erblindete. Vor ihrer Erkrankung konnte sie schon gehen, seit jener Zeit jedoch sind die linken Extremitäten gelähmt. Schädel normal, Kopfumfang 53 cm; Pupillen gleich, reagieren gut auf Licht, Accomodations-Reaktion nicht vorhanden, Lichtempfindung nicht nachweisbar, rechtseitige Extremitäten normal beweglich, die linkseitige obere Extremität ein wenig ungeschickt, doch erscheint dieselbe nicht paretisch, grobe Muskelkraft gut erhalten, Gegenstände werden richtig ergriffen und nicht fallen gelassen, ihr Gang scheint ein wenig paretisch, passive Beweglichkeit der Extremitäten tadellos, der Ortssinn an beiden Extremitäten unversehrt, Reflexe auf der linken Seite gesteigert, Druck- und Temperaturempfindungen rechts intakt, links Temperatursinn intakt, Drucksinn vermindert. Aesthesiometer: links Oberarm 60 mm, Vorderarm 56 mm; rechts Oberarm 48 mm, Vorderarm 35 mm, von den mit der linken Hand ergriffenen Gegenständen hat sie Kenntnis, doch erkennt sie die Gegenstände nicht, mit dem linken Fusse fühlt sie beim Gehen den Fussboden nicht. Geistig gut entwickelt. Seit einem Jahr besteht Epilepsie.

Fall 2. J. B., 12 Jahre alt; Eltern, fünf Geschwister leben, sind gesund. Im Alter von vier Jahren dreimal „Schlaganfälle", seither Blindheit und Lähmung der rechtseitigen Extremitäten. Enuresis nocturna. Schädel normal, Kopfumfang $53^1/_2$ cm, Pupillen ungleich, links unregelmässig, erweitert, rechts regelmässig, lichtstarr; links keine Spur von Lichtempfindung; rechts Sehkraft vermindert, unterscheidet aber noch Licht und erkennt auch Gegenstände. Rechte obere Extremität paretisch, mit der linken verglichen an Umfang vermindert, kühl, ein wenig cyanotisch; rechte untere Extremität paretisch, cyanotisch, nicht abgemagert; Reflexe rechts gesteigert. Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindung sind links gut erhalten, dieselben, sowie der Muskelsinn fehlen dagegen rechts vollkommen. Sie merkt Gegenstände in ihrer rechten Hand nicht, und erkennt sie nicht. Geistig genügend entwickelt.

Bei beiden Kranken besteht Opticusatrophie.

Diskussion:

Dozent Julius Donáth: Von Fehlen des stereognostischen Sinnes kann nur die Rede sein, wenn trotz Vorhandenseins der einzelnen Elemente des Tastsinnes, die Gegenstände nicht erkannt werden. Da bei der einen Kranken diese Elemente fehlen, so ist es nur natürlich, dass auch die höher geordnete Association derselben, der stereognostische Sinn nämlich, vermisst wird. Im zweiten Falle ist thatsächlich von einem Defekt des stereognostischen Sinnes die Rede. Dieser Defekt ist analog mit der Wort- resp. Musiktaubheit im Gebiete des Hörsinnes, wo, trotz tadelloser Perception der Töne und Laute, Melodien und Wörter nicht begriffen werden.

106) **Dr. Karl Hudovernig** stellt 1. zwei an Tabes leidende Ehepaare vor. Mit denselben erreicht die Gesamtzahl der bisher veröffentlichten Fälle

von tabischen Ehepaaren 26. Hiervon konnte Lues nachgewiesen werden: sicher in 22, wahrscheinlich in drei Fällen; sie war nicht nachweisbar und wurde geleugnet in einem Falle.

Erstes Ehepaar: Gatte 33 Jahre alt, hat vor circa 13 Jahren Lues acquiriert, gebrauchte Schmierkur, wurde einige Monate nachher mit seiner gegenwärtigen Gattin bekannt, und lebt seither mit derselben in vollkommen steriler Ehe. Vor zwei Jahren Doppelsehen, lancinierende Schmerzen, gegenwärtig unsicherer Gang, Anisokorie, Argyll-Robertson, Romberg, Westphal'sches Zeichen. Die Gattin leidet seit neun Jahren zeitweilig an lancinierenden Schmerzen, vor sechs Jahren Kniegeschwulst, die im Spital mittels intraglutealer Injektionen behandelt wurde. Gegenwärtig Argyll-Robertson, Romberg, Westphal'sches Zeichen.

Zweites Ehepaar: Gatte 41 Jahre alt, vor 18 Jahren Excoriation am Penis, welche bald heilte. Infolge Berührung mit dem Sekret der Wunde wurde er damals augenkrank (Diagnose: Iritis acuta, Therapie: Schmierkur). Seit einem Jahr lancinierende Schmerzen, gegenwärtig doppelseitige Sehnervenatrophie, sowie Spuren einer Chorioretinitis specifica, Argyll-Robertson, Romberg, ataktischer Gang, lebhafte Kniephänomene. Die Gattin ist seine zweite Frau, mit der er seit elf Jahren lebt; bei derselben seit zwei Jahren lancinierende Schmerzen, unsicherer Gang, Sehschwäche. Gegenwärtig: Anisokorie, Argyll-Robertson, Romberg, gesteigerte Kniereflexe, Hypästhesie der Fusssohlen.

2. Ein Fall von Arthropathie bei Syringomyelie. Der 21 Jahre alte Kranke fühlte vor zwei Jahren während der Arbeit heftiges Krachen im linken Ellbogen, dessen Gelenk Tags darauf anschwoll; im Januar 1901 fiel er, sich im Fallen auf die linke Hand stützend, worauf am folgenden Tage auch das Handgelenk anschwoll. Beide Gelenke sind seither unverändert angeschwollen, das Ellbogengelenk gegenwärtig um 5,1, das Handgelenk um 2.3 cm umfangreicher, als die entsprechenden rechtseitigen Gelenke. An der Verdickung nehmen besonders die Ulna und der Condyl int. Humeri Anteil; an Stelle des Olecranons ist ein Haselnuss grosses, frei bewegliches Knochenstück zu fühlen. Auf der demonstrierten Röntgenaufnahme ist das abgelöste Olecranon, ferner hochgradige, deformierende Ostitis der Ulna und des unteren Endes des Humerus, sowie die Verknöcherung der Gelenkkapsel zu sehen. Beide Unterarme, sowie Thenar und Hypothenar zeigen ausgesprochene Muskelatrophie. Die Haut an der rechten Hand kühler und stellenweise schwielig. Druck- und Schmerzempfindung am ganzen Körper normal, auf der Brust und am Rücken Thermohypästhesie, auf beiden Schultern und Händen Anästhesie resp. Inversion des Temperatursinnes.

107) **Prof. Ernst Emil Moravcsik**: Der Entwurf des ungarischen bürgerlichen Gesetzbuches vom psychiatrischen Standpunkte.

V. steht im Gegensatz zu dem Entwurf auf dem Standpunkt, dass bei Beurteilung der Frage, ob ein Geisteskranker oder Geistesschwacher zur selbständigen Führung seiner Angelegenheiten fähig, und ob er gemeingefährlich wäre, gerade der Psychiater am ehesten befähigt sei. Er konstatiert mit Beruhigung, dass nach dem Entwurf das sogenannte „Intervallum lucidum“ nun auch seitens der juridischen Kreise fallen gelassen wurde. Ausser den Geisteskranken und Geistesschwachen sollen nun auch die Trunksüchtigen unter

Vormundschaft kommen, wenn sie sich oder ihre Familie infolge ihrer Trunksucht der Verarmung aussetzen oder gemeingefährlich sind. Die Entmündigung der Geisteskranken soll dem Entwurfe nach nur fakultativ und nicht obligat sein. Im gegebenen Falle wird das entsprechende Erfahren nur auf Ansuchen der kompetenten Zugehörigen oder gewisser Behörden eingeleitet. Der Entwurf benützt den Ausdruck „Entmündigung" anstatt des bisherigen Ausdruckes „Unter-Kuratelstellung", mit Vorbehalt der Anwendung dieser letzteren in einzelnen Fällen. Die Entmündigung beschränkt den Betroffenen in seiner Selbstverfügungs- (Vertrags-, Geschäfts-) Fähigkeit, erlaubt aber, selbst bei den Geisteskranken, gewisse Geschäftsfähigkeit, die nur in dem Falle gänzlich entzogen wird, wenn die Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung ausschliesst. Die Unter-Kuratelstellung bildet gemäss dem Entwurfe eine interimistische Stütze, durch welche das Individuum in der Freiheit seiner Selbstverfügung nicht beschränkt wird.

Vortr. missbilligt vom psychiatrischen Standpunkte die Separierung der Geistesschwäche von den Geisteskrankheiten, und weist auf den misslichen Standpunkt hin, der in Deutschland infolge einer ähnlichen Bestimmung des bürgerlichen Gesetzbuches zur Aufgabe des psychiatrischen Standpunktes führte, und einen Teil der Fachleute dahin brachte, dass die leichteren Formen der Geisteskrankheit im gegebenen Falle als Geistesschwäche, und die höheren Grade der Geistesschwäche als Geisteskrankheiten erklärt wurden. Ebenso wenig hält es Vortr. für richtig, dass der Entwurf auch die Einfältigkeit als dritte Abart der Geistesschwäche unterscheidet, was seiner Meinung nach die Begriffsverwirrung nur noch steigert.

Des weiteren befasst sich Vortr. mit mehreren, den Arzt näher interessierenden Artikeln des Entwurfs.

An der Diskussion beteiligen sich: Epstein, Oláh und Schaffer.

Sitzung vom 20. Mai 1901.

108) **Prof. Karl Schaffer** würdigt in kurzer, charakteristischer Schilderung die Verdienste des am 27. April verstorbenen o. ö. Professors Dr. Karl Laufenauer, eines Begründers der Sektion und anerkannten Vorkämpfers der wissenschaftlichen Psychiatrie und Neurologie in Ungarn.

Die Sektion beschliesst, ihre Trauer über den erlittenen Verlust protokollarisch zu verewigen.

109) **Dr. Karl Hudovernig**: Ein Fall von polyinsulärer Sclerose mit Blasen- und Mastdarmstörungen.

Frau J. S., 36 Jahr alt, Bäuerin, hatte vor 15 Jahren angeblich ein Cervix-Gewächs, welches operativ entfernt wurde. Seit Herbst 1899 werden ihre Füsse immer schwächer, steifer, ihr Gang unsicher, schwankend, dabei hatte sie in denselben Kältegefühl. Ungefähr seit derselben Zeit fühlt sie circa halbstündlichen Harndrang; Incontinentia urinae et alvi. Vater und ein Bruder sind an Apoplexie verstorben. Patientin lebt seit 20 Jahren in steriler Ehe; Gatte angeblich gesund. Status präsens: Pupillen gleich. Bei Seitenstellung der Bulbi, sowie bei Fixation nahe gehaltener Gegenstände Nystagmus; der

mittlere Ast des rechten Facialis schwächer, in der Zunge und den ausgestreckten Händen grobwelliger Tremor, besonders rechts, welcher bei intendierten Bewegungen zunimmt. An den unteren Extremitäten spastische Parese, Gang spastisch-ataktisch, Füsse sind beim Gang steif, wie an den Boden gefesselt, werden nicht frei gehoben, viel mehr geschoben. Dabei ausgesprochene statische Ataxie, die durch Schliessen der Augen nicht beeinflusst wird. Während des Sitzens ist die Steifheit der Füsse minder ausgeprägt. Kniereflexe gesteigert, Fussclonus, sowie Babinsky'sches Phänomen nicht vorhanden. Wirbelsäule zeigt keine Verkrümmung, ist für Druck nicht schmerzhaft. Tastempfindungen vollkommen normal. Ihre Sprache ist ein wenig langsam, hat sich aber angeblich nicht geändert. Visus auf beiden Augen $^5/_7$, Gesichtsfelder frei, kein Scotom, Augenhintergrund normal. Gynäkologische Untersuchung zeigt normale Genitalien.

Diskussion.

Dozent v. Sarbó hält den Fall für nicht vollständig aufgeklärt. Frägt, ob sich während des Krankheitsverlaufes die Sclerose kennzeichnende, mit Besserungen abwechselnde Verschlimmerungen gezeigt haben.

Prof. Karl Schaffer wünscht näheren Aufschluss über die Untersuchung der Hautempfindungen und denkt an Myelitis.

Dr. Rudolf Bálint hält es nicht für unerlässlich, zwischen Myelitis und polyinsulärer Sclerose eine scharfe Grenze zu ziehen. Es lässt sich denken, dass im gegebenen Falle von einer Mischform dieser beiden die Rede sei.

Prof. Ernst Jendrassik hält das Krankheitsbild für keinesfalls ausgeprägt. Die Mastdarm- und Blasenbeschwerden machen die Annahme der Sclerose verdächtig.

Dr. Paul Ranschburg hat in einem ausgesprochenen und von mehreren Fachärzten einstimmig als Sclerose acceptierten Falle in fortgeschrittenem Stadium der Krankheit ungefähr zwei Jahre hindurch Mastdarmincontinenz beobachtet.

Dr. Karl Hudovernig: eine zuverlässige Anamnese konnte nicht erbracht werden. Mit Rücksicht auf Nystagmus, Intentionszittern und die spastische Parese stellt er die Diagnose auf polyinsuläre Sclerose, die Blasen- und Mastdarmstörungen kommen nach Frankl-Zuckerkandel in ungefähr $^4/_5$ der Fälle, nach Oppenheim als ziemlich häufiges Symptom der Sclerose vor, während alle übrigen Autoren derartige Störungen bei dieser Krankheit für höchst selten erklären, Strümpell dem Fehlen derselben sogar diagnostische Bedeutung zuschreibt. Vortragender meint, dass im gegenwärtigen Falle eine sclerotische Plaque im unteren Abschnitt des Sacralmarkes die erwähnten Störungen verursache.

110) Dozent **Arthur v. Sarbó**: Demonstration eines Falles von Dystrophia muscularis progressiva.

Der 25 Jahre alte Kranke kam das erste Mal vor 6 Jahren auf die Ordination des Demonstr. mit der Klage, dass sein rechter Arm schwächer werde, bei der Arbeit rasch ermüde; der Arm magere seit 3—4 Jahren ab, seit einigen Wochen zeigen sich Zuckungen in der Muskulatur desselben. Der Kranke war damals seit sieben Jahren Setzer. Der grösste Umfang des Oberarms rechts 22,5, links 25, des Unterarms rechts 24, links 25 cm. Ausgesprochene Atrophie im Thenar, Hypothenar und Interosseus I. Fasciculäre Zuckungen in den

Muskeln des rechten Oberarmes und im rechten Pectoralis. Vortr. empfahl dem Kranken, seinen Beruf zu ändern, was dieser auch befolgte und worauf er bis 1900 als Schauspieler thätig war. Seit Mai 1900 ist er wieder Setzer u. z. Hilfskorrektor, wobei er nur ein Drittel der Arbeitszeit mit Setzen zubringt. Am 20. Mai 1900 erscheint Patient wieder auf der Ordination mit der Klage, dass sein rechter Arm, der ihm während seiner Beschäftigung als Schauspieler keine Schwierigkeiten bereitete, wieder rasch ermüde. Stat. präs.: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Patient fiel im Alter von 8 Jahren von dem zweiten Stockwerk herab, sein rechter Fuss schwoll 4 Wochen hernach an, aus demselben wurden im Spital Knochensplitter entfernt. In den Antecedentien keine Lues, keine Gelenkschmerzen, keine Kolik. In letzter Zeit sind die fascil. Zuckungen im rechten Arm lebhafter. Mittelweite, gleiche, gut reagierende Pupillen, Augenbewegungen frei, Bewegungen der Gesichtsmuskeln, Masseter, Gaumensegel normal. Die Konturen der rechten Schulter heben sich scharf ab, das Caput Humeri scharf ausnehmbar, aber auch die linke Schulter ist nicht abgerundet. Rechte Hand stark abgemagert. Ausgesprochene Atrophie im Thenar, Interosseus I, Adductor pollicis, etwas minder im Antithenar. Auch die regio infraclavicularis und pectoralis, die Gegend des Supra- und Infraspinatus zeigen entschiedene Atrophie. Wirbelsäule nach links gekrümmt. Der rechte Oberarm hat im Vergleich zum Status vor 6 Jahren um $1^1/_2$, der Unterarm um 3 cm abgenommen, der linke Arm hat seither seinen Umfang nicht verändert. Druckkraft der rechten Hand 20, der linken 40 kg. Beweglichkeit der Arme und Hände frei. Keine schmerzhaften Druckpunkte. Tastempfindung für Reizung mittels Pinsel rechts an der Haut der atrophischen Gebiete etwas herabgesetzt. Schmerz- und Temperaturempfindung normal. Lebhaftes Trousseau'sches Phänomen. In den unteren Extremitäten keine entschiedene Atrophie wahrnehmbar, doch fällt es auf, dass die Exkavation zwischen den Schenkeln von hinten betrachtet rechts schärfer ausgeprägt erscheint. Gang, Muskelkraft normal, Kniereflexe schwach, Achilles-Sehnenreflex normal, Haut-, Fusssohlen- und Cremasterreflex lebhaft. Kein Clonus. Keine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Symptome der Bleivergiftung sind überhaupt nicht nachweisbar. Vortragender hält den Fall, da sich, wenn auch langsam, aber dennoch eine Verbreitung der Atrophie erkennen lässt, für eine Abortivform des facioscapulohumeralen Typus der progressiven Dystrophia muscularis, ohne Anteilnahme der Gesichtsmuskeln. Eine sichere Diagnose lässt sich zur Zeit noch nicht feststellen.

In der Diskussion, an der sich Jendrássik, Hajós und Schaffer beteiligen, giebt letzterer der Ansicht Ausdruck, dass es sich hier um eine beginnende Syringomyelie handle, die vorderhand nur in der Bewegungsphäre Ausfallserscheinungen verursache.

Sitzung vom 11. November 1901.

111) **Paul Ranschburg**: Methoden zur exakten Prüfung der Auffassungsfähigkeit.

Vortragender skizziert die Rolle, die die neueste Hilfswissenschaft der Psychiatrie, die experimentelle Psychologie, in den letzten Jahrzehnten gespielt

hat. Er versucht eine Charakteristik der Wirksamkeit der Heidelberger Kraepelin'schen Schule, die ihr Hauptaugenmerk auf das Studium der Individualpsychologie und auf die Feststellung der Veränderungen der geistigen Vorgänge während der experimentell erzeugten Geistesstörung durch Erschöpfung, Alkohol und sonstige Gifte richtet, sowie Prof. Sommer's in Giessen, der eine systematische Analyse der Grundsymptome der Geisteskrankheiten teilweise mittels besonders exakter Methoden und Apparate zur Analyse der Ausdrucksbewegungen und der organischen Reflexe anstrebt.

Auch die Bestrebungen des Vortr. gehen dahin, mittels Schaffung allgemein verwertbarer, je weniger komplizierter Methoden und Apparate eine Analyse und dadurch den Aufbau einer wissenschaftlichen Pathologie der Geisteskrankheiten zu schaffen. Eine wirkliche Diagnostik kann ebenfalls nur auf der wissenschaftlichen Erkenntnis dieser Krankheiten beruhen, und dass eine solche bloss mit Mikrotom und Mikroskop nicht erreichbar sei, hält Vortr. für genügend bewiesen. Vortr. demonstriert sodann seine Methoden zur Untersuchung der Auffassung für sinnvolle Worte, sinnlose Silben, Zahlen, einfache homogene Reize, Farben etc., mittels welcher er unter Anwendung seines ursprünglich nur für Gedächtnisprüfungen geplanten Apparates, ohne Anwendung komplizierter Zeitmessapparate, die überwiegende Mehrzahl der einer Untersuchung überhaupt zugänglichen Geisteskranken der psychiatrischen Universitäts-Klinik untersuchte. Die Versuchsresultate lassen sich auf einfache Weise in Verhältniszahlen der Auffassungsfehler unter bekannten, variablen physischen Versuchsbedingungen feststellen und zeigen diese Werte ein den Schwankungen des geistigen Zustandes des Patienten entsprechendes Verhalten, lassen aber dabei auch zahlreiche feinere Details erkennen, die bei der gebräuchlichen einfachen Untersuchung überhaupt nicht erkennbar sind. Der Zweck sei natürlich nicht das Ansammeln von blossen Zahlenwerten. Dieselben gestatten jedoch — abgesehen von den ebenfalls zu fixierenden qualitativen Ergebnissen der Untersuchungen —, eine Fixierung des Zustandes der geistigen Fähigkeiten eines Individuums zu einer gewissen Zeit und erlauben somit eine zahlenmässige Vergleichbarkeit des Zustandes der geistigen Fähigkeiten verschiedener Zeitpunkte, die allgemein gehaltenen und von einem jeden anders auffassbaren Ausdrücken gegenüber doch unbedingt den Vorzug verdienen.

Diskussion.

Anstaltsdirektor von Oláh: Die demonstrierten Versuche stellen mit der Zeit vielleicht eine neue Aera in der Exploration der Geisteskranken in Aussicht, doch seien vorderhand die praktisch verwertbaren Ergebnisse derselben nur spärlich. Ein interessantes Feld für Untersuchungen dieser Art bietet sich bei Geisteszuständen, wo die Wahrnehmungen der Aussenwelt durch Illusionen und Hallucinationen beeinträchtigt, resp. verhindert sind, oder wo die Unfähigkeit des Fixierens der Aufmerksamkeit das kardinale Symptom bildet. Der Mühe wert wären ferner Versuche mit Alkoholintoxikation.

Prof. Karl Schaffer: Wie er sich aus den Demonstrationen R.'s überzeugte, ist die Technik der Untersuchungen derart einfach und klar, dass auf diese Weise die Prüfung der Auffassungsfähigkeit der verschiedenen Geisteskranken ohne besondere Schwierigkeiten durchführbar scheint. Er findet die demonstierten Methoden gerade vom praktischen Standpunkt aus wertvoll, doch fordert er vorerst genügende Untersuchungen an Normalen. Auch wäre er für

Anwendung der demonstrierten Methoden zu pädagogisch-psychologischen Untersuchungen.

Dr. Ranschburg: Von den Details der Ergebnisse seiner Untersuchungen hofft er in nicht allzuferner Zeit Rechenschaft ablegen zu können und möchte sich über die praktische Bedeutung derselben, besonders über ihre diagnostische Verwertbarkeit nicht vorzeitig äussern. Seine Untersuchungen — die durch denkbar ungünstigste örtliche Verhältnisse der Abteilung erschwert sind — beschränkten sich bisher auf die leichter diagnostizierbaren Krankheitsformen der progressiven Paralyse, der alkoholischen und epileptischen Psychosen, der chronischen Paranoia und in letzter Zeit auf Fälle der akuten Manie. Selbstverständlich beruht die Grundlage seiner Untersuchungen eben auf der Vergleichbarkeit mit an grösserer Anzahl normaler Individuen gewonnenen Normalwerten, doch suchte Vortr. hierbei nicht so sehr die individuellen Schwankungen, als vielmehr die ausserhalb derselben gelegenen Durchschnittswerte zu bestimmen.

112) **Dr. Hugo Lukács:** „Ueber den Trigeminus-Facialis-Reflex."

Vortrag. betont, gegenüber den Bemerkungen Hudovernigs (Neurol. Centralbl. 1901), dass es sich um einen wirklichen Reflex, nicht aber um eine mechanische Muskelkontraktion ohne Reflexübertragung handle. Ein neues Ergebnis seiner diesbezüglichen Untersuchungen sei die Konstatierung des Phänomens, dass sich beim Beklopfen jener Punkte im Gesicht, die den genannten Reflex ergeben, ausser der Kontraktion des Orbikularis auch eine minimale Verengerung, mit nachfolgender bedeutender Erweiterung der Pupille einstellt. Diese Reaktion stellte sich nicht nur am normalen, sondern auch am lichtstarren, amaurotischen Auge ein.

Diskussion:

Dr. Karl Hudovernig hält die Erscheinung für keinen Reflex. In einem Falle von Exstirpation des Gangl. Gasseri mit nachfolgender Analgesie war der „Reflex" trotz der eingetretenen Analgesie unversehrt auslösbar, ebenso wie nach der dieser Operation vorangehenden Resektion sämtlicher Aeste des Quintus. Seither beobachtete er einige Fälle, wo die centripetale Leitung der Trigeminus intakt war, der Reflex aber sich nicht auslösen liess.

Dozent Artur v. Sarbó hält auch dafür, dass es sich eher um weitergeleitete Erregung, oder um Mitbewegung handelt. Er frägt Vortragenden, da derselbe an lichtstarren Augen gleichzeitig Pupillenerweiterung konstatierte, ob er an Tabikern Versuche angestellt hat?

Dr. H. Lukács: fand bei sämtlichen untersuchten Tabikern das erwähnte Phänomen vorhanden. Ranschburg (Budapest).

III. Bibliographie.

XXXIV) **Karl Schaffer** (Budapest): Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Ueber Tabes und Paralyse. Mit 5 Tafeln und 63 Abbild. im Text. Jena. Verlag von Gustav Fischer 1901. 296 Seiten.*)

Die Vorzüge des Schaffer'schen Buches sind zugleich seine Schattenseiten. Die einzelnen Vorträge sind flott und anregend geschrieben und ent-

*) Anm.: Vergl. auch oben S. 242.

halten doch eine Unmenge kleiner Details. Obschon der Verfasser teilweise die schwierigsten Probleme der Neuropathologie erörtert, ermüdet seine Darstellung niemals. Andererseits ist freilich unter dieser Behandlungsweise des Stoffes die gründliche Durcharbeitung desselben und manchmal auch die Genauigkeit der Angaben etwas zu kurz gekommen.

So ist z. B. die Behauptung irrtümlich, dass jede Neurofibrille bei ihrem Eintritt in den Zellkörper in ihre Elementarfibrillen zerfällt u. s. w. Schaffer hat das Nervensystem des Menschen mit dem eines Blutegels oder Krebses verwechselt. Dabei versichert Schaffer: „es scheint, besonders nach Bethe's an Säugetieren vollzogenen Untersuchungen nunmehr zweifellos zu sein, dass das Neuron im anatomischen Sinne nicht mehr bestehen kann.“ Wir verdanken in der That Bethe hochwichtige Errungenschaften auf dem Gebiete der Lehre vom Bau des Nervensystems; aber ich weiss wirklich nicht, welche an Säugetieren vollzogene Untersuchungen Bethe's Schaffer meint. Von den anderen zu beanstandenden Einzelheiten des ersten Vortrages — „Anatomie und allgemeine Pathologie des Neurons“ — will ich absehen. Jedenfalls setzt die sachgemässe Erörterung dieses Gebietes die vollkommene Beherrschung des Stoffes voraus.

Die nächsten sechs Vorträge behandeln eingehend die Tabes: zunächst die Anatomie derjenigen Gebiete des Nervensystems, welche bei der Tabes erkranken, ferner die pathologische Anatomie der Tabes und endlich ihre spezielle Pathologie und Therapie. Ohne Frage erhält der Leser einen vorzüglichen Ueberblick über den derzeitigen Stand der Tabesforschung. Allein befriedigt hat mich seine Darstellung nicht. Der weitaus grösste Teil der Ausführungen Schaffer's ist der Schilderung der Nervenfasern in den hinteren Wurzeln und in den Hintersträngen, sowie der genaueren Verteilung des tabischen Prozesses daselbst gewidmet. Die Darstellung der histopathologischen und klinischen Angaben kommt im Vergleich zu dem faseranatomischen Teile viel zu kurz. Man sollte doch endlich einmal einsehen, dass auf diesem Wege nicht der Schlüssel zum Verständnis der Tabes zu erhalten ist. Ich bitte aber, mich nicht falsch zu verstehen; mir fällt es nicht im Traume ein, zu sagen, dass die Feststellung der bei der Tabes auftretenden Faserdegenerationen unnütz oder überflüssig ist; das wäre geradezu eine Thorheit; was ich beanstande, ist lediglich die Art der heutigen Tabesforschung: d. h. die Tendenz, den Hauptnachdruck auf die Feststellung der Topographie der degenerierten Fasern zu legen, hinsichtlich der Histopathologie der Tabes jedoch in der Regel nur das mitzunehmen, was sich nebenher ermitteln lässt. Ohne Frage giebt es auch hier rühmliche Ausnahmen. Allein deswegen befindet sich doch die heutige Tabesforschung auf einem Nebengeleise mit blindem Ende: Es fehlt ihr gänzlich das Verständnis für die Notwendigkeit einer zielbewussten histopathologischen Forschung. Man vergisst vollkommen, dass wir noch weit entfernt von einer genauen Kenntnis der Architektonik von Hinterstrang und hinterer Wurzel des Menschen sind. Was z. B. Schaffer über die Faserbahnen daselbst vorträgt, sind mit Ausnahme von einigen wenigen recht bescheidenen Daten Vermutungen, Annahmen und Kombinationen aus den Ergebnissen von sekundären Degenerationen, der fötalen Markscheidenentwickelung und der Golgi'schen Methode.

Wie heute die Sachlage ist, kennen wir nur Markfasern, deren Axencylinderfibrillen die Fortsetzung von den Nervenfortsatzfibrillen gewisser Nervenzellen sind. Und diese Markfasern vermögen wir nur bis zu der Stelle zu verfolgen, wo sie ihre Markscheide abgeben. Was darüber hinausgeht, ist für unsere Technik nicht zugänglich. Auch die sogenannten Kollateralen — heute die dei ex machina — gehören hierher. Für unser thatsächliches Wissen sind daher Elementarsysteme Bündel von Fasern, welche, wie Flechsig sagte, „sämtlich in gleicher Weise in den nervösen Gesamtmechanismus eingeschaltet sind.“ Nur meint er, dass es solche Bündel sind, welche gleichzeitig markhaltig werden. Diese Behauptung ist jedoch nur eine Hypothese und wird so lange eine Hypothese bleiben, bis das Fundamentalproblem der Anatomie des centralen Nervensystems, das Problem der Beziehungen von Nervenzelle, Fasern und Grau seine Lösung gefunden hat. So lange aber diese Beziehungen nicht ermittelt und unsere Kenntnisse nicht grösser sind als heute, so lange wird sich die Definition eines Elementarsystems nicht ändern: d. h. wir werden darunter Bündel solcher markhaltiger Axencylinder verstehen, deren sämtliche Axencylinderfibrillen die kontinuierliche Fortsetzung von Nervenfortsatzfibrillen identischer Nervenzellen sind. Diese Definition steht auf vollkommen realem Boden: denn sie enthält diejenigen Teile des Nervensystems, die unserer heutigen Technik thatsächlich zugänglich sind. Dabei ist freilich die zu einem Elementarsystem gehörige Vielheit identisch gebauter Nervenzellen nur indirekt zu ermitteln.

Ich habe getadelt, dass der weitaus grösste Teil der Schaffer'schen Vorträge über die Tabes der Schilderung der erkrankten Faserbahnen gewidmet ist. Die Berechtigung oder Nicht-Berechtigung dieses Tadels ergiebt sich aus der Antwort auf die Frage: Führt die Ermittelung der genauen Verteilung der beim tabischen Prozess erkrankten Fasern zu einem besseren Verständnis dieser Krankheit?

Jeder vernünftige Mensch wird diese Frage bejahen, natürlich aber mit der selbstverständlichen Einschränkung, dass diese Feststellungen nur dann zu einem besseren Verständnis des tabischen Prozesses beitragen können, wenn man die funktionelle Bedeutung der erkrankten Fasern kennt und wenn sich aus der Art des krankhaften Prozesses die Besonderheiten des klinischen Krankheitsbildes ableiten lassen.

Diese einfache Erkenntnis ist die Richtschnur für die exakte Tabesforschung.

Nach dem heutigen Stande der Rückenmarksanatomie und Physiologie liegt es auf der Hand, dass uns die Ermittelung der genauen Verteilung des tabischen Prozesses zunächst noch herzlich wenig nützen kann, zumal alle Forscher darüber einig sind, dass alle Fasersysteme die gleiche Degenerationsweise darbieten. Selbstverständlich will ich damit nicht sagen, dass diese Richtung der Forschung zu vernachlässigen ist. Ganz im Gegenteil; allein die Erforschung der Faserung ist ein solch' gewaltiges Spezialgebiet, dass die erfolgreiche Bearbeitung desselben die Arbeitskraft des Spezialforschers vollkommen absorbiert; andererseits hat der Neurologe und der Irrenarzt gerade genug schon mit seiner eigenen Disziplin zu thun. Zudem bleibt uns die histopathologische Bearbeitung der krankhaft veränderten Gebiete doch nicht erspart und zwar auch dann

nicht, wenn wir auf das allergenaueste über die Funktionen und das anatomische Verhalten der beim tabischen Prozess ergriffenen Fasern orientiert wären. Ich dächte, die Nutzanwendung hieraus könnte sich jeder Neurologe und Psychiater selbst ziehen.

Allerdings werden diese Ausführungen durch den Inhalt der Schaffer'schen Vorträge Lügen gestraft; er zerlegt und gliedert Hinterstrang und hintere Wurzeln, beschreibt markhaltige Collateralbahnen, schildert den Mechanismus des normalen Kniephänomens, der tabischen Ataxie u. s. w.; kurz, hört man Schaffer, so möchte man glauben, dass alle diese Daten die feststehendsten Dinge der Welt sind. Freilich kann er sich auf die klaren Faserverlaufsschemata berufen, die seit Aufstellung des Neuronenbegriffes wie die Pilze aus der Erde geschossen sind, und in denen mit ein paar Strichen selbst die schwierigsten und kompliciertesten Probleme eine ebenso einfache wie klare Lösung gefunden haben.

Zu diesen Problemen gehört auch die Frage der Beziehungen zwischen den Spinalganglien und dem Rückenmarke, wie überhaupt das anatomische Verhalten der hinteren Wurzeln. Allein dadurch, dass ein Autor dem andern immer wieder nachsagte, dass die hinteren Wurzeln ebenso wie die peripheren sensiblen Nervenfasern die kontinuierlichen Fortsetzungen der beiden Schenkel der sich T-förmig teilenden Zweige des Stammfortsatzes der unipolaren Spinalganglienzellen sind, und diesen Satz immer wieder durch das bekannte Schema illustrierte, wurde er nicht wahrer; er prägte sich aber immer tiefer ein und wurde zu einem Dogma, an das man heute blindlings glaubt.

Sieht man aber zu, wie dieser Fundamentalsatz der modernen Tabeslehre entstanden ist und verfolgt die sämtlichen einschlägigen Untersuchungen, so wird der kritische Forscher zu dem Schlusse kommen, dass die Frage der Beziehungen zwischen hinterer Wurzel, den Spinalganglienzellen und den peripheren sensiblen Nerven noch weit davon entfernt ist, beantwortet zu sein; jedenfalls aber steht fest, dass die Antwort, welche die Neuronenlehre giebt, unmöglich richtig ist. Denn es ist mit dem Wesen der Neuronenlehre unvereinbar, dass bei der Tabes die hinteren Wurzeln bis zum Spinalganglion entarten, ohne dass die Spinalganglienzellen in Mitleidenschaft gezogen werden. Ausserdem steht mit dieser Thatsache das schon von Gudden vor zwei Jahrzehnten festgestellte und in neuester Zeit mit verbesserten Hilfsmitteln nachgeprüfte und bestätigte Ergebnis des Tierexperimentes in bestem Einklang: Die Durchschneidung der hinteren Wurzeln lässt die Spinalganglienzellen intakt; bei Durchschneidung des aus dem Ganglion tretenden und nach der Peripherie ziehenden sensiblen Nerven werden die Nervenzellen des Spinalganglions regressiv verändert. Die wiederholt bezweifelte Angabe Gudden's, dass die Fasern der hinteren Wurzel das Ganglion nur passieren, ohne mit den Spinalganglienzellen in direkten Connex zu treten, sowie dass die aus dem Ganglion nach der Peripherie ziehenden peripheren Nerven aus zwei verschiedenen Bestandteilen bestehen, einmal aus den das Ganglion nur durchsetzenden Fasern der hinteren Wurzeln und zweitens aus den erst

im Ganglion entspringenden und nach der Peripherie ziehenden Fasern, fand eine ausgezeichnete Bestätigung durch den durch einen glücklichen Zufall in das Laboratorium Gudden's gelangten Kalbskopf, über dessen Befunde Vejas berichtet hat. Infolge einer Entwicklungsanomalie fehlte nämlich der rechte Trigeminus vollständig, während das mit dem Gehirne nicht verbundene Ganglion Gasseri normale Zellen besass und normale Fasern nach der Peripherie schickte. Aber die aus dem Ganglion tretenden Nervenbündel waren sehr beträchtlich dünner als die entsprechenden der linken Seite. Auf die nur 70 Textzeilen umfassenden Ausführungen von His, der bekanntlich zuerst die Nervenfasern der hinteren Wurzeln und der peripheren sensiblen Nerven aus den sich T-förmig teilenden Schenkeln des Stammfortsatzes der Spinalganglienzellen ableitete, kann ich hier natürlich nicht eingehen. Ich werde aber an einer anderen Stelle zeigen, dass dieselben keineswegs den Beweis für diese Annahme enthalten.

Ich wüsste wirklich nicht, wie man überzeugender und eindringlicher darthun könnte, dass wenigstens zur Zeit die möglichst detaillierte Ermittlung der vom tabischen Prozess ergriffenen Fasern zu einem besseren Verständnis der Tabes nicht führen kann, und dass eine voreilige Verwertung noch nicht gesicherter Ergebnisse der Faseranatomie für die Klinik nur einen Hemmschuh für den Fortschritt bedeutet, als durch den Hinweis auf den Irrtum des Fundamentalsatzes der modernen Tabeslehre und die Thatsache, dass die Anatomie der hinteren Rückenmarkswurzeln noch immer ein ungelöstes Problem ist.

Im Gegensatze zu der Feststellung der Topographie des tabischen Prozesses wird die Histopathologie derselben schon heute ihre Früchte für die Klinik tragen. Hier befinden wir uns auf dem eigensten Gebiete des Neurologen und Psychiaters. Ueber die Notwendigkeit und den Nutzen der histopathologischen Analyse für die Neurologie und Psychiatrie brauche ich doch wahrhaftig kein Wort zu verlieren — man braucht nur an die wichtige Frage der Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis, oder Paralyse und Tabes zu denken. Dabei ergiebt sich das, was wir heute von der Topographie der bei der Tabes erkrankten Faserprovinzen zu wissen brauchen, gleichsam von selbst als Nebengewinn einer genauen histopathologischen Untersuchung.

Schaffer hat zwar die Histopathologie der Tabes keineswegs ignoriert, aber seine Ausführungen entsprechen bei weitem nicht der Wichtigkeit des Gegenstandes. Es ist eben unmöglich, zwei Herren gleichzeitig zu dienen. Noch vor wenigen Jahren war der Faseranatom auch der kompetente Fachmann auf dem Gebiete der Histologie und Histopathologie des Nervensystems. Heute aber kann wohl davon nicht mehr die Rede sein.

Wer daher erwartet, in Schaffer's Vorträgen Genaueres über die histopathologischen Vorgänge in der erkrankten weissen und grauen Substanz, in den Häuten, den Spinalganglien und dem peripheren Nervensystem zu erfahren, braucht dieselben nicht zu lesen. Seine eigenen histopathologischen Untersuchungen beschränken sich im Wesentlichen auf die Wiedergabe bekannter Angaben und kleiner Ergänzungen derselben, sowie auf die Schilderung des Verhaltens der trophomotorischen Vorderhornzellen. Allein

diese Angaben sind keineswegs immer zuverlässig. Zum Beleg hierfür genügt ein einziges Beispiel.

Schaffer betrachtet das Phänomen der Faltung der Kernmembran der tropho-motorischen Nervenzellen als eine pathologische Erscheinung. Nun aber ist die Faltung der Kernmembran der Nervenzellen eine äusserst verbreitete Erscheinung der Nervenzellen gesunder Individuen und zwar tritt dieselbe bei bestimmten Zellarten typisch und in sehr ausgesprochenem Massstabe auf, z. B. in den Zellen der Substantia gelatinosa Rolandi, deren Zellleib unbegreiflicher Weise von Schaffer als „verkümmert" bezeichnet wird, während andere ebenfalls ganz bestimmte Zellarten, z. B. gerade die Zellart der tropho-motorischen Zellen, das Kernmembran-Faltungsphänomen niemals darbietet. Auch unter pathologischen Verhältnissen wird man es niemals in solchen Zellen, die es in der Norm nicht zeigen, antreffen. Dagegen kann es während gewisser pathologischer Vorgänge in den Zellen, die es im gesunden Zustande besitzen, verschwinden, was ja nicht wunderbar ist, wenn man weiss, wie sich die Kernmembran der Nervenzellen im kranken Zustand verhält.

Am besten ist entschieden der klinische Teil der Tabeslehre geglückt. Ich hätte nur gewünscht, dass manche Fragen eingehender behandelt worden wären, so namentlich die Frühdiagnose, die Differentialdiagnose, die Komplikationen mit der Tabes u. s. w. Merkwürdiger Weise ist Schaffer überzeugt, dass die echte Tabes in 10 % der Fälle absolut nichts mit der Syphilis zu thun hat. Sehr zeitgemäss wäre es gewesen, wenn ein so erfahrener Neurologe, wie Schaffer, seine Beobachtungen über das psychische Verhalten der Tabiker mitgeteilt hätte. Schliesslich gehört dasselbe doch auch zur klinischen Betrachtung der Tabes.

Der achte Vortrag hat speziell die Beziehungen zwischen Tabes und Paralyse zum Gegenstand. In demselben sind die verschiedenen Anschauungen über diese Frage zusammengestellt, deren zusammenfassendes Ergebnis dahin zu präzisieren ist, dass diese Frage noch nicht gelöst ist. Es ist mir nicht klar geworden, wie Schaffer in dem zusammenfassenden Resumé zu dem Schluss kommen konnte, dass beide Krankheiten eine klinische Einheit darstellen und auch bezüglich des anatomischen Charakters nicht wesentlich differieren, nachdem er kurz vorher darauf aufmerksam gemacht hat, dass der Ausgangspunkt bei einer Gruppe von Paralysen Prozesse im Stützgewebe sind, während bei einer zweiten Gruppe der Prozess eine primäre Parenchymdegeneration darstellt. Es wäre hier noch gar manches zu sagen; aber durch kritische Bemerkungen wird dieses wichtige Problem gewiss nicht gelöst. Hier kann einzig und allein nur eine zielbewusste histopathologische Analyse der beiden Krankheiten aufklären. Bis dorthin werden wir gut thun, uns von klinischen Gesichtspunkten leiten zu lassen und mit Fürstner und Gaupp beide Krankheiten auseinander zu halten.

Wie schon die Ueberschrift besagt, berichtet Schaffer im neunten Vortrag „über die Topographie der Rindendegeneration bei Paralyse", d. h. im wesentlichen beschreibt er die Verteilung der Faserdegenerationen, welche er in der linken Hemisphäre eines Paralytikers im terminalen Stadium nachgewiesen zu haben glaubt. Zu diesem Zwecke zerlegte

er dieselbe in Sagittalschnitte, welche nach Weigert-Wolters gefärbt wurden. Als Massstab für den Grad des Faserausfalles benützte er die verschiedenen Abstufungen in der Färbung der einzelnen Territorien des Hemisphären- und Rindenmarkes. Da Schaffer von der Voraussetzung ausging, dass die Marklager der Hemisphären und der Rinde bei normalem Verhalten der markhaltigen Fasern bei der Weigert-Wolter'schen Methode eine tiefblaue Färbung besitzen, diente ihm eine weniger intensiv blaue Tinktion derselben zur Feststellung der leichtesten Degenerationsgrade eines Markfeldes, während dessen lichtblaue oder gar blaugraue Färbung ihm das Vorhandensein von etwas schwereren oder schon schweren Markfaserausfällen anzeigte; das Auftreten einer grauen Farbe an Stelle der in der Norm tiefblau gefärbten Marklager fasste er endlich als das Kennzeichen der schwersten Entartung der Nervenfasern auf.

Auf diese Weise kommt Schaffer zu dem Ergebnis, dass beim paralytischen Rindenprozess „natürlich mit Bezugnahme auf diesen Fall" weitaus am hochgradigsten der Temporallappen und die Insel, in etwas geringerem Grade die Frontalwindungen und dann der Parietallappen, in noch geringerem Grade die Occipitalwindungen und relativ am wenigsten die Centralwindungen erkranken, d. h. einen entsprechenden Ausfall von Markfasern erleiden. Dagegen zeigen die Gegenden, welche weniger intensiv erkrankt sind, also noch leidlich gefärbt sind, wie z. B. die Centralwindungen kleine, zerstreute. herdförmig angeordnete Degenerationsstellen u. s. w.

Den neunten Vortrag hätte Schaffer besser nicht geschrieben. Man sollte nicht sofort die Ergebnisse eines ersten Versuches veröffentlichen. Hätte er doch wenigstens zur Kontrolle die Hemisphäre eines Nicht-Geisteskranken genau in derselben Weise behandelt, so würde er wahrscheinlich seinen schweren Irrtum korrigiert haben, denn er hat die verschiedenen Abstufungen in der Färbung der einzelnen Territorien des Hemisphären- und Rindenmarkes als Gradmesser für ihre verschieden intensive Erkrankung benützt, ohne zu wissen, dass solche Abstufungen eine gesetzmässige Erscheinung des normalen menschlichen Hemisphärenmarkes sind.*) Er braucht nur den grossen,

---

*) Anmerkg. bei der Korrektur: Inzwischen hat Schaffer noch zwei weitere Fälle von terminalem paralytischen Blödsinn („einer derselben bot die Symptome der Tabes dar; die Paralyse dieses Falles zeigte jedoch gleichfalls das typische Bild") in derselben Weise bearbeitet und ist zu dem gleichen Ergebnis gelangt. Ebenso wie beim ersten Falle hat er auch die Ergebnisse seiner beiden anderen Fälle sofort veröffentlicht: Neurolog. Centr.-Blatt 1902, No. 2, pag. 54. Im Anschluss an die Wiedergabe seiner Befunde hat Schaffer theoretische Erwägungen angestellt, deren Kern aus folgenden Sätzen hervorgeht: „Hieraus erhellt doch ohne weiteres, dass die Rindendegeneration der Paralyse keine gesetzlos diffuse, sondern im Gegenteil eine gesetzmässig einsetzende **elective** Erkrankung der Grosshirnrinde darstellt." „Nun konnte ich nachweisen, dass der **Degenerationsprozess jene Bezirke der Grosshirnhemisphäre vorzugsweise befällt, welche Flechsig als seine Associationscentren bezeichnete**". Angesichts von Sätzen von so weittragender Bedeutung darf man doch wohl verlangen, dass ein Forscher, der aus den Untersuchungsergebnissen solche Sätze erschliesst, vor allem prüft, ob auch die Prämissen richtig sind, auf welche sich seine Schlussfolgerungen gründen. Solange daher Schaffer nicht den Beweis erbringt, dass unsere mit Hilfe der Weigert'schen Markscheidenfärbung speziell bei weitgehender Differenzierung der Schnitte gemachten Erfahrungen über regelmässig auftretende Abstufungen in der Tinktion der verschiedenen Fasergebiete der menschlichen Hemisphäre irrtümlich sind, können wir nicht

von Wernicke herausgegebenen Atlas, besonders den von Schröder verfassten und hergestellten Teil (Horizontalschnitte), nachzusehen, um sich nicht nur von den Färbungsabstufungen zu überzeugen, sondern auch davon, dass dieselben genau die gleiche Reihenfolge wie in der Hemisphäre seines Paralytikers einhalten. Kein Mensch wird leugnen, dass das Hemisphären- und Rindenmark seines Falles hochgradige Faserausfälle zeigt — Schaffer hat vier Sagittalschnitte in photographischer Wiedergabe beigefügt —; allein die von ihm beobachteten Tinktionsgrade beweisen nicht, dass der Temporallappen und die Insel am stärksten, die Centralwindungen aber relativ am wenigsten erkrankt sind u. s. w., sondern die Uebereinstimmung der Tinktionsgrade seines Falles mit denen der Hemisphären Nicht-Geisteskranker spricht im Gegenteil für einen annähernd gleichen Faserausfall in den verschiedenen Gegenden. Endlich ist es durchaus nicht wunderbar, dass das Gehirn irgend eines Paralytikers im Endstadium auch verschiedene kleine, herdweise auftretende stärkere Degenerationsstellen darbieten kann. Der Umstand, dass diese herdförmigen kleinen Degenerationsstellen sich am klarsten von einer gut gefärbten Umgebung abheben, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung; ich zweifle nicht, dass sich bei einer genauen histopathologischen Untersuchung solche Stellen auch da nachweisen lassen, wo sie im dicken Sagittalschnitt wegen der gleichen Färbung der Umgebung unbeachtet bleiben.

Zu den Angaben Schaffer's über den Bau der gesunden und das Verhalten der an Paralyse erkrankten Rinde wäre noch vieles zu bemerken. Besonders ist mir die Sicherheit und Bestimmtheit seiner genauen Angaben über die Herkunft der markhaltigen Nervenfasern in der menschlichen Rinde aufgefallen. Schaffer spricht von der Herkunft der Tangentialfasern, des Baillarger'schen Streifens u. s. w. in einer Weise, als wenn das die feststehendsten Thatsachen der Welt wären. Namentlich gilt das auch von seinen Angaben über die markhaltigen Collateralen. In Wirklichkeit sind sie Schlussfolgerungen und Kombinationen. Schaffer, der sogar die Degenerationen der markhaltigen Collateralen beschreibt, hat ebensowenig wie andere Autoren jemals auch nur eine einzige markhaltige Collaterale direkt im Mikroskop beobachtet, d. h. eine markhaltige Faser, deren Axencylinder in den dickeren Axencylinder einer mit einer Nervenzelle kontinuierlich zusammenhängenden Markfaser einmündet. Natürlich beruft sich auch Schaffer auf die „Entdeckung Flechsig's", dass die Collateralen der „von den grossen und kleinen Pyramiden" abgehenden Axencylinder markhaltig sind. Flechsig hat in der That im Jahre 1889 über Untersuchungen von Held berichtet, der mit Hilfe von japanischem Rotholz die Markscheiden der Collateralen von Axencylindern gewisser Rindenzellen sichtbar gemacht haben soll.

nur nicht seinen Schlüssen folgen, sondern müssen aus den gleichlautenden Untersuchungsergebnissen seiner drei Fälle gerade das Gegenteil seiner Behauptungen folgern: nämlich dass der Markfaserausfall in den drei von Schaffer untersuchten Fällen von terminaler Paralyse in allen Regionen der Hemisphäre in ungefähr gleichem Massstabe erfolgt, indem trotz hochgradigen Markfaserausfalles in den Hemisphären dieser drei paralytischen Gehirne annähernd die gleichen Tinktionsabstufungen in den verschiedenen Fasergebieten der Hemisphäre sich nachweisen lassen, wie in den verschiedenen Fasergebieten der Hemisphäre nichtparalytischer Gehirne.

Seitdem sind über zehn Jahre verflossen, allein Niemand hat diesen Befund bestätigen können, und auch Flechsig hat hierüber beharrlich geschwiegen. Trotzdem schreibt ein Autor dem andern „diese Entdeckung Flechsig's“ nach. Nach meinen eigenen Erfahrungen halte ich mich zu der Vermutung berechtigt, dass der damalige Befund auf irgend einer Täuschung beruhte. Bei seiner grossen Bedeutung wäre es eigentlich die Sache Flechsig's, zu erklären, ob er jene Angabe noch aufrecht hält und warum; sonst setzen die markhaltigen Collateralen der Pyramiden-Axencylinder ihre Bücherwanderung noch weiter fort.

Auf weitere Einzelheiten kann ich nicht eingehen. Ich konstatiere noch, dass Schaffer seine — merkwürdige, im Jahre 1897 ausgesprochene, Auffassung von der Funktion der Dendriten der Rindenzellen: „wozu die bereits komplizierten Verhältnisse durch die Annahme von leitungsfähigen Dendriten noch verwirrter zu gestalten?“, inzwischen aufgegeben hat.

Was ich über die histopathologische Forschung bei der Erörterung der Tabesfrage gesagt habe, gilt in gewissem Sinne auch für die Paralyse.

Der letzte Vortrag Schaffer's behandelt die cerebrale Neurasthenie und deren Verhältnis zur progressiven Paralyse.

Unter der Neurasthenie, von der Schaffer behauptet, dass sie mit der Paralyse nahe verwandt ist, versteht er ausschliesslich die Erschöpfungsneurasthenie. Nach seiner Darstellung gehört diese Krankheit zu den klinisch wohlbekanntesten Formen. In Wirklichkeit jedoch ist das keineswegs der Fall. Nach meiner Ansicht trifft gerade das Gegenteil zu. Je genauer man die Zustände, die man früher zur Neurasthenie gezählt hat, klinisch analysiert, um so kleiner wird die Zahl der hierher gehörigen Fälle. Hecker hat Recht, wenn er eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Fällen von Neurasthenie als Cyklothymieen auffasst. Andererseits habe ich Fälle von typischer Erschöpfungsneurasthenie beobachtet, die sich bei genauer klinischer Analyse als Hebephrenieen erwiesen haben. Ich bin weit entfernt, die Erschöpfungsneurasthenie etwa zu leugnen; ich sage nur, dass es sich hier um ein klinisch noch nicht genügend geklärtes Gebiet handelt. In Schaffer's Vorlesungen spielt die Ueberanstrengung etwa die Rolle, wie früher die Erkältung. Er stützt sich auf die bekannte Edinger'sche Hypothese der Hyperfunktion und betrachtet ihre deletäre Wirkung auf das Nervensystem durch das Ergebnis des Experimentes der am Schwanze aufgehängten und im Tretrade befindlichen Ratten für definitiv erwiesen. Im Grunde genommen ist Edinger's Hypothese vorzüglich geeignet, neue Fragestellungen anzuregen, als Erklärung der Tabes aber versagt sie, weil sie mit nicht zu leugnenden Thatsachen in direktem Widerspruch steht. Und was die Experimente betrifft, so beweisen diese nicht die deletäre Wirkung der Hyperfunktion, sondern aus ihren Ergenbissen ist der Schluss zu ziehen, dass das Aufhängen der Ratten am Schwanze und deren Einsperrung in ein Tretrad eine Schädlichkeit ist, welche auch das Nervensystem in Mitleidenschaft zieht. Ich selbst habe mich mit Funktionsexperimenten gerade genug beschäftigt, um die Schwierigkeiten und Fehlerquellen derselben beurteilen zu können. Damit soll natürlich nicht der schädigende Charakter der Ueberarbeitung in Abrede gestellt werden. Die Erkältung war früher gewissermassen eine Universalätiologie;

trotzdem wir heute die Aetiologie mancher früheren Erkältungskrankheiten kennen, stellen wir keineswegs den schädigenden Einfluss von Erkältungen in Abrede. Jedenfalls wissen wir von der Aetiologie der Kortexaffektionen noch viel zu wenig, um mit der Sicherheit, wie Schaffer es thut, von dem Einfluss der Ueberarbeitung sprechen zu können. Sicher ist nur das eine, dass die Erschöpfungsneurasthenie mit dem Fortschritte der klinischen Forschung an Häufigkeit abgenommen hat; und als Korrelat zu dieser Erfahrung füge ich noch hinzu, dass die Diagnose des echten Erschöpfungsirreseins in den letzten zwei Jahren aus unseren Diagnosenlisten fast verschwunden ist, und dass die wenigen als Erschöpfungsirresein diagnostizierten Fälle sich im Verlaufe der Krankheit als Fehldiagnosen erwiesen haben. Das giebt jedenfalls zu denken.

Wie ich bereits bemerkt habe, kann man nach Schaffer auch ohne voraufgegangene Lues tabisch und paralytisch werden. Da er ausser der Syphilis nur noch die Ueberarbeitung und die Giftwirkung, vornehmlich die des Alkohols, als das ätiologische Moment der beiden Krankheiten angiebt, so folgt logischer Weise, dass Jemand infolge von Ueberarbeitung oder Vergiftung mit Alkohol an Tabes und Paralyse erkranken kann. Wie unrichtig diese Auffassung Schaffer's ist, geht aus der einfachen Thatsache hervor, dass es Paralysen von einfachen Handwerkern und Bauern giebt, die subjektiv jede luetische Infektion in Abrede stellten — was übrigens gar nichts beweist —, und bei denen sich auch keine objektiven Zeichen für Lues fanden — was wiederum nichts beweist —, bei denen aber sicher nachgewiesen wurde, dass weder Ueberarbeitung noch Alkoholabusus die Ursache ihrer Paralyse seiu konnte. Ja, nach meiner Erfahrung ist es ein Märchen, dass die geistige Ueberarbeitung bei der Paralyse eine grössere Rolle spielt als bei anderen Krankheiten der Hirnrinde. Der Umstand, dass das grossstädtische Publikum einen so grossen Prozentsatz zur Paralyse liefert, erklärt sich viel ungezwungener durch die leichtere Gelegenheit, luetisch infiziert zu werden, als durch die grössere geistige Inanspruchnahme des Gehirns des Grossstädters.

In seinem letzten Vortrag sucht Schaffer zu zeigen, welche Beziehungen zwischen der Erschöpfungsneurasthenie und der Paralyse bestehen und in welcher Weise die erstere in die Paralyse übergeht. Er hat mit diesem Vortrag seinen Spezialkollegen sicher keinen Dienst erwiesen. Es wird ohnehin schon auf diesem Gebiete von manchen Neurologen viel gesündigt, indem sie gar nicht so selten zweifellose Paralysen als Neurastheniee diagnostizieren. Exempla docent. Anstatt nun aufzuklären und zu zeigen, welche ungeheuere Kluft zwischen der Neurasthenie und der Paralyse besteht, auch wenn deren Zustandsbilder unter Umständen eine Unterscheidung kaum ermöglichen, fördert er geradezu den in seinen Folgen oft unabsehbaren Irrtum solcher Fehldiagnosen und behauptet, dass die Neurasthenie und Paralyse ätiologisch übereinstimmen und dass es nur in der individuellen Resistenz des Gehirnes liegt, wenn die eine Person cerebrasthenisch wird und bleibt, während die andere nach einem kürzeren oder längeren cerebrasthenischen Einleitungsstadium an Paralyse erkrankt.

Dieses „Ausarten“ der Cerebrasthenie in Paralyse geht nun in

der denkbar einfachsten Weise von der Welt vor sich: ohne Zweifel bestehe das Wesen der Cerebrasthenie darin, dass die kortikalen Gefässe eine allzu häufige Kaliberschwankung erleiden. So lange bleibe der Prozess funktionell. Auf eine solche Inanspruchnahme des Gefässapparates folge eine Vasoparese mit ihren Begleiterscheinungen. Nun aber komme es darauf an, ob die Rinde noch so resistenzfähig ist, dass sie die Folge der Vasoparese zu ertragen vermag, ohne organische Veränderungen zu erleiden. Der Cerebrastheniker besitze zwar ein an sich normales, aber schwächer organisiertes Gehirn. Dieses jedoch ertrage nicht eine durch 20—30 Jahre fortgesetzte geistige Belastung, ohne Spuren zu hinterlassen, d. h. es sei in manchen Fällen von Cerebrasthenie nicht resistenzfähig genug, um die Folgen der Vasoparese auf die Dauer siegreich zu überwindsn. So arte der funktionelle Prozess der Cerebrasthenie in den organischen Prozess der paralytischen Rindenerkrankung aus. In anderen Fällen habe eine voraufgegangene Syphilis die Resistenzfähigkeit des Gehirnes der Cerebrastheniker geschwächt; deshalb werden gerade jene Cerebrastheniker paralytisch, die eine luetische Infektion durchgemacht haben. Aehnlich verhalte es sich mit den bei der Cerebrasthenie „oscillierenden Innervationsstörungen“ z. Z. Facialisparese, Sprachstörungen, Pupillendifferenzen, welche zunächst als Erschöpfungserscheinungen funktioneller Art aufzufassen sind; je öfter aber die Stauungshyperämie infolge der Vasoparese auftrete, um so mehr werde der corticale Tonus vermindert, und um so mehr fixieren sich die funktionellen Innervationsstörungen und werden schliesslich organisch, oder, wie Schaffer sagt, sie „materialisieren“ sich. Und die Begründung? Ich habe mich vergeblich bemüht, wenigstens einen Scheinbeweis für diese Behauptungen zu finden. Möglicher Weise liegt er in den Worten eingeschlossen: die Symptome der Paralyse und Cerebrasthenie „können manchmal zum Verwechseln übereinstimmen.“

F. Nissl (Heidelberg).

XXXV) **Sänger**: Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin 1902. Verlag von S. Karger.

Sänger bespricht ziemlich summarisch die im Kindesalter vorkommenden allgemeinen funktionellen Neurosen. Er teilt sie ein in Neurasthenie, Hysterie, Gemisch von Hysterie und Neurasthenie und hereditäre Neuropathie (psychopathische Minderwertigkeit). Bei der Symptomatologie der neurasthenischen Formen spielt der Kopfschmerz eine grosse Rolle — er ist entweder ein anämischer (oder besser wohl toxämischer), dumpf drückend, meist nach längerem Schulaufenthalt, — oder er ist der echte neurasthenische Kopfdruck, oder er hängt mit der Ueberanstrengung der Augen zusammen und ist Teilerscheinung der sehr häufigen nervösen Asthenopie. Die Kinderhysterie ist auch nach Sänger's Untersuchungen häufig monosymptomatisch, jedoch fand er oft Stigmata. Es werden Beispiele angeführt von hysterischer Skoliose, Stummheit, Blindheit, Lähmungen u. s. w. Hysterische Krampfanfälle sind in diesem Alter ziemlich selten. Am häufigsten fand S. ein Gemisch von Neurasthenie und Hysterie: „Nervosität“; sehr häufig war hier die nervöse Asthenopie. Bei der vierten Gruppe — hereditäre Neuropathie — handelt es sich meist um schwere direkte Belastung; Symptome: mannigfache Tics, einzeln oder kombiniert, Angst, psychische Minderwertigkeiten. Bemerkenswert ist die übermässige und früh-

zeitige Entwickelung des Geschlechtstriebes in vielen Fällen (ein vierjähriges Kind onanierte sehr stark). Interessant ist eine Beobachtung von artifiziellem Ulcus der Fusssohle bei einer 14jährigen Hysterica. Knaben und Mädchen sind gleich oft betroffen. Die Prognose ist bei den ersten drei Gruppen meist günstig. Therapeutisch empfiehlt Sänger Fernhalten vom Schulbesuch (was mir für viele Fälle, namentlich von Hysterie, nicht angebracht zu sein scheint, Ref.), frische Luft, Wachsuggestion. Hypnotische Behandlung wird gänzlich perhorresziert, für schwere Neurasthenie und Hysterie Anstaltsbehandlung empfohlen (bei Kindern doch oft ein bedenkliches Mittel). Es folgen einige theoretische Bemerkungen über das Wesen der Hysterie: die Hysterie ist keine reine Psychose, sondern eine Neuropsychose. Aetiologisch kommt neben schlechten hygienischen Verhältnissen, mangelhafter Ernährung, hereditärer Belastung, fehlerhafter häuslicher Erziehung vor allem die Ueberbürdung in der Schule und leider oft auch das Verhalten der Lehrer gegen die Schüler in Frage. Daher die Forderung um Anstellung von Schulärzten. (Ob wirklich die Schulüberbürdung so schlimm ist, wie hier und auch sonst so oft behauptet wird, und nicht vielmehr manche andere Momente, die bei den hier hauptsächlich in Frage kommenden Proletarierkindern wesentlich mitsprechen, besonders die namentlich in den Grossstädten so sehr verbreitete Kinderarbeit und andere ungünstige soziale Verhältnisse, die auch die Schulärzte nicht ändern werden, viel schwerer und nachhaltiger einwirken? Ref.)

Cassirer.

XXXVI) **Paul Kovalevsky**: La migraine et son traitement. Paris 1902. Bigot Frères. 200 Seiten.

Die französischen Schriftsteller pflegen vielfach die ausländische Litteratur nur mangelhaft zu kennen, jedenfalls meist nur wenig zu berücksichtigen. Von diesem Fehler hat sich Kovalevsky freigehalten, ohne auf den Vorzug der Franzosen zu verzichten, wissenschaftliche Fragen lesbar zu behandeln.

Die Migräne ist eine der Krankheiten, die besonders deutlich den unseligen Einfluss der Erblichkeit erkennen lassen. Unter 110 von Kovalevsky beobachteten Fällen war 70 mal gleichartige Vererbung festzustellen, 18 mal sogar durch drei Generationen hindurch. Die hereditäre Belastung ist der Boden, auf dem die Migräne entspringt, begünstigt durch Jugend, Ueberarbeitung, Geschlecht (2,5 Frauen auf eine männliche Person). Von grosser Bedeutung sind die Diathesen, von denen die harnsaure Diathese besonders genau bekannt ist. Ausgelöst endlich wird dann die Migräne durch Ursachen aller Art, die nur wirksam werden, wo die Veranlagung besteht.

Diese Auffassung veranlasst K., die Prognose günstiger als sonst üblich zu stellen, indem er die Behandlung gegen die idiopathische Migräne vor allem gegen das Grundleiden (l'hérédité pathologique) richtet; zweckmässige Lebensweise, Vermeidung aller Schädlichkeiten u. dergl. allgemeine Gesichtspunkte. Die Diathesen werden durch vorwiegend vegetabilische Diät bekämpft, und erst in dritter Reihe kommt die Behandlung der den Anfall auslösenden Ursachen. Von den Medikamenten hat sich am besten Brom bewährt, das K. mit Strophantus und Cocain kombiniert. Da es sich bei dieser Behandlung um längere Zeit fortgesetztes Einnehmen handelt, scheint mir der Zusatz von Cocain nicht nur überflüssig, sondern geradezu bedenklich.

Ob sich Kovalevsky's optimistische Anschauung bewähren wird, muss dahingestellt bleiben. Die Fälle geheilter Migräne werden wohl stets in der Minderzahl bleiben. Aschaffenburg.

XXXVII) **Friedrich Mörchen:** Ueber Dämmerzustände. Ein Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Bewusstseinsveränderungen. Marburg. N. G. Elwert. 1901. 82 Seiten.

Mörchen hat sich die Aufgabe gestellt, den heutigen Standpunkt der Lehre von den Bewusstseinsveränderungen und deren Zusammenhang mit den verschiedenen Neurosen zu beschreiben. Zwischen Krämpfen und den psychischen Erscheinungen der Dämmerzustände besteht kein prinzipieller Unterschied; beide sind nur (vielleicht graduell) verschiedene Ausdrucksformen ein und desselben Zustandes der Grosshirnrinde. Das Auftreten periodischer Dämmerzustände genügt zur Diagnose einer konstitutionellen Neurose, auch wenn der motorische Symptomenkomplex nie betrachtet wurde. Die motorischen Erscheinungen dienen dann zur Unterscheidung, welcher Neurose die Dämmerzustände angehören.

Die epileptischen D. erscheinen als stuporöse, delirante und leichte Formen. Die stuporösen zeigen die tiefste Bewusstseinsstörung, weniger ausgeprägt ist sie bei den deliriösen, am geringsten bei den leichten Formen, wenigstens für die äussere Beobachtung. Die Dipsomanie ist nach Mörchen dann eine epileptische Psychose, wenn Neigung zu Lügen, Bigotterie, Komplottieren, schroffer Egoismus, sexuelle Perversionen (?) dabei zu beobachten sind; diese Erscheinungen der epileptischen Charakterdegeneration fasst er als ein fast sicheres Kriterium der epileptischen Grundlage auf. Ferner kommen Dämmerzustände bei Hysterischen, bei Hysteroepilepsie, bei der Kombination von schwerem Alkoholexcess und Imbecillität, bei Neuralgien, bei Neurasthenie. Allen diesen Umständen liegt eine vasomotorische Neurose zu Grunde, die sich aber in Form verschiedener Krankheitsbilder zeigt.

Als Ausgangspunkt seiner Arbeit dienen dem Verfasser 40 Krankengeschichten der Marburger Klinik. Aschaffenburg.

XXXVIII) **Augusto di Luzenberger:** Sul Trattamento dell' impotenza sessuale. Napoli 1901.

Die kleine Monographie bringt über das vielfach behandelte Thema nichts wesentlich Neues. Der Autor unterscheidet drei Formen der Impotenz:

1. die mechanisch bedingte,
2. die symptomatische,
3. die functionell-neurotische.

Die Behandlung ist demnach verschieden; sie kann in den ersten Formen eine chirurgische sein, wird sich ad 2 mit der Behandlung der Grundkrankheit decken.

Am häufigsten sind die ad 3 genannten Formen Gegenstand der Behandlung. Im ganzen wird der Standpunkt Löwenfeld's vertreten; Polypragmasie, örtliche Behandlung mit Kühlsonde wird widerraten; wunderlicherweise wird die Massagebehandlung Zibludowsi's empfohlen.

Das Yohimbin findet nur wenig Anerkennung, während der Hydrotherapie mehr Beifall gezollt wird. Die üblichen Formen der Elektrotherapie finden sodann Besprechung, und zum Schluss kommt auch die Psychotherapie zu

ihrem Recht; in Anlehnung an theoretische und praktische Erwägungen Löwenfeld's wird Wachbehandlung und Hypnose für bestimmte Fälle als brauchbar angegeben. G. Flatau (Berlin).

XXXIX) **P. Rissart:** Der Hypnotismus, seine Entwicklung und seine Bedeutung in der Gegenwart. Eine naturwissenschaftliche Studie. Paderborn, 1902. Junfermann'sche Buchhandlung.

Der Verfasser beabsichtigt, in einer „allgemeinverständlichen, klaren Darlegung" die gebildeten Laien mit dem Hypnotismus, seiner Entwicklung und seiner Bedeutung in der Gegenwart vertraut zu machen. Man kann nicht sagen, dass ihm dies gelungen sei. Viele, ganz elementare Dinge werden nicht richtig aufgefasst und nicht klar getrennt. So weiss man in dem Abschnitt über die hypnotischen Erscheinungen nie, ob der Verfasser von den verschiedenen Graden des hypnotischen Schlafes oder von den einzelnen, durch Suggestion zu erzielenden Erscheinungen sprechen will. Die Lethargie wird denn auch unter den motorischen Hemmungserscheinungen aufgeführt, die posthypnotischen Phänomene werden ganz kunterbunt mit den intrahypnotischen vermischt, und erst an späterer Stelle lesen wir beiläufig etwas von dieser Unterscheidung; den wichtigen Begriff der Suggestibilität und deren Zunahme in der Hypnose scheint der Verfasser nicht zu kennen; Wachsuggestion und hypnotische Suggestion werden nicht von einander unterschieden (vgl. p. 64) u. dgl. mehr. Die medizinische Bedeutung des Hypnotismus wird in der ganzen Arbeit nur bei Gelegenheit einiger Beispiele gestreift. Anfangs erklärt sich der Verfasser als Anhänger der Schule von Nancy in der Auffassung der Hypnose; später lesen wir, dass die Hypnose „mehr ein krankhaft abnormer, als ein gesunder normaler Zustand" sei. Eine Begründung dieser Meinungsänderung sucht man vergeblich. Man bekommt überhaupt den Eindruck, dass der ganzen Studie keine eigenen Anschauungen und Erfahrungen, sondern nur Litteraturstudien zu Grunde liegen. Zahlreiche Citate zeigen, dass die angeführten Autoren nicht immer richtig verstanden worden sind. Da wird der Wunsch des Autors, die Regierungen möchten jede, auch die sogenannte wissenschaftliche Anwendung des Hypnotismus verbieten, kaum stark ins Gewicht fallen. von Muralt.

XL) **A. Hoche:** Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. III, 6. Halle, C. Machold, 1902. 40 S., Preis 1,20 M.

Wer Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie kennt, weiss, dass er wie wohl kaum ein Anderer die Gabe besitzt, das schwierige Gebiet der forensischen Psychiatrie klar und anschaulich zu behandeln. Sichere Beherrschung des Stoffes und ein gutes, gewähltes Deutsch erzeugen in ihrem Zusammenwirken eine meisterhafte Darstellung (wie Ref. erst kürzlich bei Besprechung des Hoche'schen Handbuches hervorhob). So ist denn auch die vorliegende Abhandlung, die sich an den praktischen Arzt wendet, nach Inhalt und Form gleich geeignet, dem Praktikter bei gerichtsärztlicher Thätigkeit zuverlässige Hilfe zu gewähren. Sie verdient weite Verbreitung und wird auch von Irrenärzten gerne gelesen werden. Es braucht aber kaum gesagt zu werden, dass

sie natürlich nicht den Zweck hat, dem Berufspsychiater ein Lehrbuch zu ersetzen. Ein Eingehen auf den Inhalt erübrigt sich, denn der Psychiater findet — hoffentlich! — nur ihm Bekanntes darin. Gaupp.

XLI) **Otto Levis,** Die Entmündigung Geisteskranker. Das Entmündigungs-Beschlussverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche und der Civilprozessordnung. Leipzig. C. L. Hirschfeld. 339 S., 8,40 M.

Der Entmündigung als dem bei weitem einschneidendsten Verfahren im civilrechtlichen Leben kommt eine grosse Bedeutung zu. Allseits bringt man den mit einer Entmündigung verbundenen Fragen Interesse entgegen — und das ist wohl der einzige Vorteil der hier und da fast systematischen Beunruhigung weitester Volkskreise durch sogenannte unberechtigte Entmündigungen, welche einer ernsthaften Kritik kaum standhalten. Um so mehr muss man sich wundern, dass in neuerer Zeit dieser Stoff monographisch nicht behandelt ist. Die weite Verbreitung und gute Aufnahme, die Daude's treffliche Bearbeitung des Entmündigungsverfahrens, also der rein formalen Seite, gefunden hat, hätte nur dazu auffordern können, und diese Lücke machte das Bürgerliche Gesetzbuch mit seinen Neuerungen und der naturgemässen litterarischen Hochflut nur noch deutlicher.

Hier setzt die zu besprechende Arbeit ein, die, um das schon gleich zu sagen, ihrer Aufgabe in vollem Masse gerecht wird. Die Bearbeitung des Stoffes zerfällt in drei Abschnitte:

1. Gegenstand des Entmündigungsverfahrens und dessen rechtlicher Charakter;
2. die Voraussetzungen der Entmündigung und
3. das Entmündigungsverfahren, genauer genommen nur das Entmündigungs-Beschlussverfahren, ohne Darstellung der Anfechtungsklage.

Im Entmündigungsverfahren handelt es sich um die Regelung eines Rechtsverhältnisses zwischen Staat und Individuum, nicht um die Feststellung einer Thatsache, der Geistesstörung. Die Entmündigung beschränkt in erster Linie das Individuum in seiner Geschäftsfähigkeit; ihr geht parallel das Bedürfnis einer Vormundschaft. Die Einbusse der Geschäftsfähigkeit ist also primäre Folge, die Vormundschaftseinrichtung eine zwar notwendige, aber secundäre Folge; dementsprechend können auch minderjährige Individuen entmündigt werden. Die Entmündigung ist nicht Feststellung der Vormundschaftsvoraussetzungen; durch die Entmündigung werden vielmehr die Vormundschaftsbedingungen erst geschaffen. Die Bevormundungsnotwendigkeit tritt als eine Folgeerscheinung, als eine mittelbare Wirkung der Entmündigung auf, mit welcher sie durch das Mittelglied der Geschäftsfähigkeitsbeschränkung verbunden ist.

Dass die wesentlichste Voraussetzung der Entmündigung nicht ein medicinisch-psychologisches, sondern ein juristisch-ökonomisches Kriterium ist, das spricht Verfasser als einen gewaltigen Fortschritt des Bürgerlichen Gesetzbuchs aus.

Die Entmündigung ist ein Akt der freiwilligen Gerichtsbarkeit, da sie nicht der Aufrechterhaltung der Rechtsordnung dient, sondern die Gestaltung der konkreten Privatrechtsordnung bezweckt oder eine Thatbestandsveränderung zum Ziele hat.

Das Entmündigungsverfahren ist kein Prozess, schon deshalb, weil es an dem wesentlichen Moment, dem Auftreten von Parteien, fehlt; einen parteilosen Prozess giebt es nicht. Weiterhin schafft sich der Richter selbst die Entscheidungsgrundlagen; hierbei stehen ihm die Beteiligten beratend zur Seite. Das Offizialentmündigungsverfahren ist zwar weniger gründlich als ein kontradictorisches Verfahren, das ist sein Nachteil; deshalb ist es aber auch wesentlich rascher, dies ist sein Vorzug. Das Entmündigungsverfahren ist nur äusserlich in die civilprozessualen Verfahren eingereicht. Dass das Anfechtungsverfahren, bei dem nur die Richtigkeit oder Unrichtigkeit der amtsgerichtlichen Entscheidung zur Diskussion steht, ein civilprozessuales Verfahren ist, das braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Weil nun jemand entmündigt wird, nicht weil er geistesgestört ist, sondern weil er unfähig ist, seine Geschäfte zu besorgen, ist der Hauptnachdruck auf die Frage zu legen: Ist die Person unfähig, ihre Angelegenheiten zu besorgen? d. h. werden durch die Störung die Interessen der einzelnen Person oder der in ihr das Handlungsorgan findenden Gesamtheiten erheblich gefährdet? Die Ursache dieser Unfähigkeit ist gewiss ebenfalls von Bedeutung, aber erst in zweiter Linie. Gleichwohl erscheint es Referent berechtigt, wenn hier der Sachverständige einsetzt; hierfür ist meines Erachtens der Begriff Geistesstörung trotz aller Differenzen zwischen den Psychiatern scharf genug umgrenzt, wenigstens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Ein Gutachten ist erst einzuholen, wenn der Richter zu dem Ergebnis gelangt ist, der zu Entmündigende scheine seine Angelegenheiten in der That nicht mehr ordnungsmässig zu besorgen. Dann hat der Arzt nicht nur das Vorliegen der Krankheit festzustellen, sondern er hat auch zu untersuchen, ob nicht seiner Ansicht nach eine Beschränkung der natürlichen Willensfähigkeit vorliegt, welche eine ordnungsmässige Erledigung der Angelegenheiten durch den Kranken auch dort hindert, wo der Richter dies noch nicht bemerkt hat. Es ist selbstverständlich, dass Krankheit im rechtlichen und im klinischen Sinne nichts weniger als identische Begriffe sind; deshalb lässt es sich aber auch gar nicht umgehen, dass der Arzt sich über die civilrechtliche Tragweite der Geistesstörung auslässt.

Auch bei einer nicht pathologischen Anomalie hält Verfasser den § 6 Z. 1 unter Umständen für anwendbar, da das Recht ein gewisses absolutes Können voraussetzt. Der gegenwärtige Zustand („vermag“ im Wortlaut des § 6) ist entscheidend, nicht der erst zu erwartende. Geistesstörung ist eine Störung des seelischen Gesamtzustandes, während bei der Entmündigung wegen Verschwendung oder Trunksucht, die auch Zeichen psychischer Abnormität sind, nur die Affizierung einer einzelnen Geistesqualität in Betracht kommt.

So kann es möglich sein, dass ein Individuum den Voraussetzungen der Entmündigung wegen Geistesschwäche, Verschwendung und Trunksucht genügt, und gegebenenfalls kommt es zu einer „kumulierten“ Entmündigung. Die kumulierte Entmündigung, deren Berechtigung andere Juristen wohl bestreiten werden, hat zwar keine weitergehende Wirkung, aber sie ist gefestigter und schwerer zu beseitigen. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit kann natürlich nicht mit der wegen Geistesschwäche kumuliert werden, denn das wäre eine sinnlose Hervorhebung des Teiles neben dem Ganzen. Uebrigens engt Verfasser die Pflegschaft auf die Fälle ein, wo einem psychisch Kranken nur in einzelnen bestimmten Richtungen die natürliche Geschäftsfähigkeit abgeht.

Aus der Verschiedenheit der Folgen zwischen Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche darf auf den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche zurückgeschlossen werden. Geisteskrankheit ist diejenige Geistesanomalie, der zufolge der Betroffene die einem beschränkt geschäftsfähigen Menschen obliegenden Aufgaben nachweisbar nicht mehr erfüllen kann. Jede andere Art der Anomalie ist Geistesschwäche. Hätte das Gesetz seinen richtigen Gedanken so oder ähnlich ausgedrückt, so würde der ungerechtfertigte Angriff auf die Unterscheidung zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche unterblieben und jegliches Missverständnis hierüber vermieden worden sein.

Nach dem Verfasser genügt nur der Geisteskranke, welcher wirklich in grundsätzlich jeder Richtung zur Besorgung seiner Geschäfte unfähig ist, der Bestimmung des § 104 Z. 2; dieser Zustand ist leicht erkenntlich, offenkundig, und giebt kaum Anlass zu Gefahren im Verkehr, zumal es hier meist zu einer Entmündigung kommt.

Bemerkenswert sind des Verfassers Ausführungen über die Thätigkeit der Beteiligten am Entmündigungsverfahren, einmal hinsichtlich der Unterstützung des Richters in der Stoffsammlung, dann in der Stoffwürdigung, also einer Kontrolle. § 653 Z.-P.-O. setzt als logische Forderung voraus, dass dem Interdicenden bei der Aufforderung zur Lieferung von Gegenbeweismitteln der Antragsinhalt bekannt gegeben wird, was nach des Referenten Erfahrungen nur selten geschieht; denn meist weiss der Interdicend das nicht, was er zu bekämpfen hat. Hinsichtlich der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden legt Verfasser Wert nicht nur auf den Inhalt, sondern mehr noch auf die Art seiner Auslassungen. Besonders für den Fall wird dieser Standpunkt präcisiert, dass sich der Interdicend eines fremden, dem Richter nicht geläufigen Idioms bedient; denn das macht die Zuziehung eines Dolmetschers notwendig. Wegen der gleichen Erwägung legt das Gesetz so grossen Wert auf das persönliche Erscheinen des Interdicenden. Deshalb soll auch die Vernehmung für gewöhnlich nicht an Gerichtsstelle, sondern in der gewohnten Umgebung stattfinden; die Vernehmung soll ja dem Richter ein durchaus ungefärbtes Bild von dem Benehmen des Interdicenden von juristisch relevanten Gesichtspunkten aus verschaffen.

Das meiste Interesse werden bei der Mehrzahl der Leser dieser Zeitschrift des Verfassers Ausführungen über die Thätigkeit des Sachverständigen finden. Hieraus verdient hervorgehoben zu werden, dass nach § 383, Z. 5 Zivilprozessordnung der Arzt, der früher den Interdicenden behandelt hat, stets die Aussagen verweigern darf; es bedarf keiner besonderen Ermahnung zur Geheimhaltung von Geisteskrankheiten oder erheblichen nervösen Störungen.

Auch bei schriftlicher Begutachtung bedarf es einer mündlichen Beeidigung oder wenigstens einer mündlichen Berufung auf den ein für alle Male geleisteten Sachverständigeneid. Eine schriftliche Berufung kann nicht zugelassen werden.

Sehr ausführlich sind die Erörterungen über den § 656 der Z.-P.-O., der eine Anstaltsbeobachtung ermöglicht. Nach dem Wortlaute besteht darüber kein Zweifel, dass dem Unterbringungsbeschluss nötigenfalls zwangsweise Folge verschafft werden kann. Die Verbringung geschieht durch den Gerichtsvollzieher. Wenn aber Verfasser hinzufügt, der Gerichtsvollzieher könne sich fremder Hilfe

versichern und dabei in erster Linie an die Unterstützung durch Krankenwärter der Heilanstalt denkt, so wird dem psychiatrischerseits sicherlich nicht beigestimmt werden. Referent glaubt, dass die Mehrzahl der Anstalten die Mitwirkung ihrer Pfleger nicht zulassen werden.

Aus dem Rechte der Vorführung vor dem Richter gemäss § 654 ist weiterhin zu folgern, dass der Interdicend sich einer Vernehmung und Beobachtung durch den Sachverständigen als Richtergehilfen nicht entziehen, noch sich einer körperlichen Untersuchung widersetzen kann. Dem wird der Psychiater nur beistimmen; nicht aber unbedingt den dann folgenden Worten des Verfassers: „ohne diese (d. i. die körperliche Untersuchung) kann er (der Sachverständige) ein erschöpfendes Gutachten garnicht abgeben. Man denke nur daran, wie wichtig Degenerationszeichen des Körpers, ein Herzfehler und tausend andere körperliche Erscheinungen für die psychiatrische Diagnose sein können.“

Wohlthuend berührt den medizinischen Leser die stete Rücksichtnahme des Verfassers auf den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden; man begegnet diesem für uns erfreulichen, bei dem Juristen nicht immer anzutreffenden Standpunkt auf Schritt und Tritt. Nur sollte Verfasser darüber keinen Zweifel lassen, dass die Prüfung der eventuellen Gefährdung der Gesundheit immer eine rein ärztliche Frage ist, über die der Richter nur nach Anhörung des Sachverständigen entscheiden sollte. Wie sehr Verfasser den Kranken geschont wissen will, das erhellt am besten daraus, dass er sich aus dieser Rücksicht über den Wortlaut des Gesetzes hinwegsetzt und die Unterlassung der Zustellung des Entmündigungsbeschlusses im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche für zulässig erklärt. Ist der Entmündigte noch längere Zeit verhindert an der Zustellungsempfangnahme, dann sollen, schlägt Verfasser vor, die Bestimmungen der Entmündigung wegen Geisteskrankheit Platz greifen.

Mit noch grösserer Befriedigung werden wir die Schlussbemerkungen des Verfassers lesen, die darin gipfeln, dass das jetzige Verfahren vollgenügende Garantie bietet gegen ungerechtfertigte Entmündigungen. Insbesondere leugnet Verfasser, dass es eine Verbesserung wäre, durch eine Art Schwurgericht über die Entmündigung zu befinden. Wenn auch das österreichische Vorgehen Vorteile hat, nach dem notwendigerweise das ganze Verfahren einer oberinstanziellen Revision unterworfen wird, so liegt ein Bedürfnis danach für uns nicht vor.

Die Wichtigkeit des Themas und die Güte des Buches mag es entschuldigen, wenn es so ausführlich referiert wird. Wenn dabei auf juristisch principiell wichtige Fragen mehr eingegangen ist, als üblich ist, so mag das der Umstand rechtfertigen, dass Mediciner sich zu selten hiermit abgeben, sei es aus Mangel an Zeit oder einer, ich möchte fast sagen, physiologischen Unlust. Indess sind auch mehr ärztliche Fragen in solcher Fülle und in einer so ausgedehnten Weise erörtert, dass der Irrenarzt in dem Buche reiche Belehrung findet; einer solchen wird er um so zugänglicher sein, als wir da, wo es auf den Standpunkt des Irrenarztes ankommt, fast überall dem Verfasser beistimmen können.

So ist Verfasser, um noch ein letztes Beispiel anzuführen, mit uns Irrenärzten der Ansicht, dass es durchaus unberechtigt ist, die Voraussetzungen der Entmündigung und der Anstaltsbehandlung in einen willkürlichen und unlogischen Zusammenhang zu bringen, wie es die Mehrzahl der Juristen thut.

Ernst Schultze (Andernach).

XLII) **Hugo Ribbert**: Ueber Vererbung. Kaisergeburtstagsrede. Marburg, N. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung 1902. 32 S. 0,60 M.

Eine klare und leicht verständliche Darstellung der heutigen Anschauungen über die Gesetze der Vererbung normaler und pathologischer Eigenschaften. Bei der grossen Bedeutung, welche die Lehre von der Vererbung für die Neurologie, Psychiatrie und die Degenerations-Anthropologie hat, ist es gewiss von Interesse, die Ansicht des bekannten Pathologen über diese Fragen in nuce kennen zu lernen. Darum sei die kleine Abhandlung bestens empfohlen.

Gaupp.

XLIII) **Finckh**: Die Nervenkrankheiten. Eine gemeinverständliche Darstellung. München 1901. p. 47.

XLIV) **Derselbe**: Die Geisteskrankheiten. Eine gemeinverständliche Darstellung. München 1902. Seitz und Schauer. p. 88.

Gemeinverständliche Darstellungen von fachwissenschaftlichen Fragen werden natürlich weder extensiv noch intensiv vollständig zu sein brauchen. Ihr Zweck ist es, dem Laien eine ungefähre Vorstellung von den Erscheinungen zu geben; Sache des populären Schriftstellers ist es, dabei an Bekanntes, Alltägliches anzuknüpfen, und dadurch den fachwissenschaftlichen Ausdrücken des Arztes allmählich auch für den Laien einen Inhalt zu geben, unter dem er sich etwas vorstellen kann. Der bei ärztlichen Schriften in gemeinverständlicher Darstellung nahe liegende Fehler, Hypochonder zu züchten, ist in beiden vorliegenden Arbeiten allerdings vermieden. Die Forderung der Anschaulichkeit aber ist nicht erfüllt worden. Der Laie, der einen von beiden Aufsätzen gelesen hat, wird wohl um eine Stunde gähnender langer Weile, nicht aber um neue Anschauungen reicher sein.

Hier eine kleine Stilprobe (p. 12 der Nervenkrankheiten): „Zusammen mit dem Kopfschmerz, indessen auch ohne ihn, wird häufig über Schwindel geklagt. Auch hier sind die Ursachen auf körperlichem oder nervösem Gebiet zu suchen. Von jenen kommen Cirkulationsstörungen im Gehirn in Frage, allgemeine Körperschwäche und Blutarmut, Magendarmerkrankungen, Kopfverletzungen, Nervenerschütterungen (?, der Ref.), Ohren- und Augenleiden, von diesen ausser der gewöhnlichen Nervosität organische Hirnleiden, bei denen er Vorbote eines schweren Zufalls sein kann. Auch leitet er häufig einen mit oder ohne Bewusstseinsverlust einhergehenden Krampf ein u. s. w."

In dieser trockenen Weise geht es weiter. Nirgends erhebt sich die Darstellung zu einer fesselnden Anschaulichkeit.

Ob wirklich ein Bedürfnis nach einer populären Darstellung der Nervenkrankheiten besteht, möchte ich bezweifeln. Für die Geisteskrankheiten dagegen erkenne ich die Notwendigkeit an. Die zu zweit angeführte Arbeit ist besonders in ihren Kapiteln „die rechtliche Stellung der Geisteskranken" und „die Behandlung der Geisteskranken" von den gerügten Fehlern verhältnismässig frei und kann geeigneten Falles vom Arzt den Familienangehörigen Geisteskranker empfohlen werden, ohne ihn natürlich der persönlichen Erteilung von Belehrungen zu entheben.

Storch.

IV. Referate und Kritiken.

113) **Lentz** (médecin directeur de l'asile de l'état à Tournai): Les aliénés criminels. Etude statistique et clinique.

(Bulletin de la société de méd. mentale de Belgique. März 1901.)

Die Irrenanstalt zu Froidmont (zuletzt nebst der Anstalt Tournai) nimmt seit 1875 die übergrosse Mehrzahl aller Irren Belgiens auf, welche irgendwie mit dem Strafgesetz (von dem einfachsten Polizeivergehen bis zum schwersten Verbrechen) in Konflikt gekommen sind. Die Kranken, welche trotz eines solchen Konflikts in Freiheit belassen oder in eine andere Anstalt gebracht worden sind, sind so wenig zahlreich, dass sie gegen die Masse der kriminellen Irren von Froidmont und Tournai verschwinden, welche die Grundlage der Arbeit L.'s bilden (die irren Verbrecher sind nicht berücksichtigt).

In den 25 Jahren, vom 1. Januar 1875 bis zum 31. Dezember 1899 sind im ganzen 485 männliche kriminelle Irre in den beiden Anstalten aufgenommen worden, also durchschnittlich jährlich 19. Die geringste Zahl im Jahre war 4, die grösste 36. Im allgemeinen zeigt die Kurve der alljährlichen Aufnahmen ein starkes Anwachsen, ebenso wie die Kurve der Erstaufnahmen aller Geisteskranken in den belgischen Anstalten; beide Kurven zeigen unregelmässige Schwankungen, die aber einander nicht entsprechen. Das letzte Jahrzehnt 1889—99 (mit 306 Aufnahmen) zeigt gegenüber dem Jahrzehnt 1879 bis 1889 (mit 174 Aufnahmen) eine Vermehrung von über 40 %, während alle Aufnahmen an Geisteskranken nur um 10 % zugenommen haben. Das Verhältnis der kriminellen Irren zu den Irren Belgiens überhaupt differiert in den einzelnen Jahren ausserordentlich und zwar von 1,6 ‰ bis 10,6 ‰. Im Durchschnitt der 25 Jahre betrug es also 5,5 ‰ aller resp. 8,25 ‰ der ersten Aufnahmen; die Mörder bildeten 2 ‰, die Brandstifter, Sittlichkeitsverbrecher und Diebe je 1 ‰.

Das Minimum der kriminellen Verbrecher zeigt der Februar, das Maximum der Juni. Vom Frühling an nimmt die Zahl der kriminellen Verbrecher bis zum Winter beständig ab, während die Zahl der Geistesstörungen im Sommer am höchsten ist, worauf der Frühling kommt. Aehnlich wie bei den Geistesstörungen überhaupt, sind bei den kriminellen Irren die Verheiratheten (29 %) in der Minderzahl, während die Junggesellen 59 ‰, die Witwer 4 % bilden. Die Zahl der Analphabeten betrug 38 %, ungefähr entsprechend der Prozentzahl bei den Geisteskranken (in Belgien) überhaupt.

Was die Art der Strafthaten betrifft, so sind die schweren Verbrechen überwiegend; Mord und Mordversuche bilden fast den vierten Teil, Sittlichkeitsattentate den siebenten Teil, Mord, Brandstiftung, Notzucht und Diebstahl zusammen die Hälfte aller Affektverbrechen und 62 % aller Strafthaten. Die Vermehrung der Strafthaten in der Periode 1888—99 gegenüber der Periode 1876—87 hat sich in den einzelnen Strafkategorien verschieden gestaltet. Am meisten haben die Sittlichkeitsattentate zugenommen und zwar um 60 %, Vagabondage um 55 %, Drohungen, Beleidigungen u. dergl. um 40 %, Diebstahl um 30 %, Mord um 25 %, Körperverletzungen, Gewaltthaten um 15 %, Brandstiftungen um 3 %.

Von den einzelnen Formen der Geistesstörungen liefern den grössten

Beitrag der Schwachsinn mit 20,8 %, dann kommen die paranoischen Formen (namentlich Verfolgungswahn) mit 15,5 %, die alkoholischen Geistesstörungen mit 12,5 %, die degenerativen Formen mit 11,9 %, die paralytischen Geistesstörungen mit 11,8 %, die emotiven Geistesstörungen (Manie und Melancholie) mit 10,7 %, die Neurosen (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie) mit 9,2 % und die transitorischen Geistesstörungen mit 5,6 %.

L. betont, dass die alkoholischen Geistesstörungen s. str. nur einen minimalen Teil von Delikten verursachten in Anbetracht der ungeheuren Verheerungen, welche in dieser Beziehung der Alkohol sonst anrichtet; auch bilden die klassischen alkoholischen Geistesstörungen nur einen kleinen Teil der Geistesstörungen, deren Ausbruch durch Alkohol veranlasst oder begünstigt wird. So ist es bei den meisten geistesschwachen Verbrechern der Genèvre, welcher sie zu der Strafthat führt; das gleiche gilt für den Epileptiker, bei dem er den Ausbruch der tobsüchtigen Erregung begünstigt, deren Folge die Gewaltthat ist, und für den Paranoiker. Und doch braucht keiner von ihnen Alkoholiker zu sein. Auch bei der Klasse der Neuropathen und der mehr oder weniger degenerierten Neurastheniker genügen schon geringe Mengen Alkohol, um sie in einen krankhaften Zustand zu versetzen und verbrecherische Impulse in ihnen hervorzurufen. Von den 485 Kriminellen werden 137 als mässig, 187 als alkoholischen Excessen mehr oder weniger ergeben bezeichnet, während in 161 Fällen Angaben über das Verhalten zum Alkohol fehlen. Bei 57 % der Fälle mit bekannter Anamnese oder bei 34,8 % aller kriminellen Irren spielt der Alkohol sicher eine Rolle.

Was die Beziehungen zwischen den einzelnen Formen der Geistesstörung und den einzelnen Verbrechenskategorien betrifft, so ergab sich Folgendes:

Die grösste Kriminalität zeigt die Melancholie mit 46 % Morde, dann kommt der Verfolgungswahn mit 42 % Morde, der Schwachsinn mit 34 % Sittlichkeitsverbrechen; die paralytischen Geistesstörungen und der Schwachsinn mit je 30 % Diebstählen, die alkoholischen Geistesstörungen mit 27 % Morde, die epileptischen Geistesstörungen mit 27 % Körperverletzungen und Gewaltthaten, die alkoholischen Geistesstörungen mit 22 % Körperverletzungen und Gewaltthaten. Andererseits kommen auf 100 geisteskranke Mörder: 24 Paranoiker, je 13 Melancholiker und Alkoholiker, 9 Hallucinanten; auf 100 geisteskranke Brandstifter: 41 Imbecille, 18 Degenerierte, 10 Paranoiker, 7 Hallucinanten; auf 100 geisteskranke Diebe: 25 Paralytiker, 20 Imbecille, 15 Degenerierte, 11 Alkoholiker; auf 100 geisteskranke Sittlichkeitsverbrecher: 50 Imbecille, 15 Degenerierte, 10 Epileptiker, 8 Paralytiker.

Deutliche Beziehungen sind nicht überall vorhanden, doch manchmal zu konstatieren. Seltener, als man denkt, sind die Strafthaten der Geisteskranken impulsiv, sondern häufig in der Natur der Geisteskrankheit begründet. Dass sich die Mehrzahl der Brandstifter unter den Imbecillen findet, erklärt sich sehr einfach daraus, dass die Brandstiftung den wenigsten Mut, die wenigste Intelligenz und die geringste Vorbereitung erfordert. Auch die Häufigkeit der Sittlichkeitsattentate bei den Imbecillen erklärt sich aus dem Wesen der Imbecillen, welche eine starke Entwickelung des Sexualtriebes bei mangelnden Hemmungen charakterisiert. Wenn bei den andern Geistesstörungen, wo die Hemmungen auch fehlen, der Dementia paralytica und die alkoholischen Formen, die Unzuchtsdelikte nicht häufiger sind, so liegt dies daran, dass die sexuellen

Bedürfnisse bei denselben meist stark herabgesetzt sind. Bei den Paranoikern ist der Mord die natürliche Folge ihrer Verfolgungsideen.

Von den 485 kriminellen Irren wurden 202 oder 41,6 % entlassen, darunter 97 oder 20 % als geheilt und 105 oder 21 % als gebessert. Wenn die Zahl der Heilungen und Besserungen bei den Geisteskranken im allgemeinen 1888—92 nur 35 % betrug, so erklärte sich die höhere Zahl bei den kriminellen Irren durch die vorzugsweise akuten Formen bei denselben. Von den Betrügern wurden 84 %, von den Sittlichkeitsverbrechern 56,7 %, von den wegen Drohungen Internierten 56,6 %, von den Gewaltthätigen 52 %, von den Notzuchtsverbrechern 50 %, von den Dieben 43,3 %, von den Brandstiftern 43,2 %, von den Mördern 35 %, von den Vagabunden 32.% entlassen. Völlig geheilt wurden von den Mördern und Gewaltthätigen je 30 %, von den wegen Beleidigungen und Drohungen Internierten 26 %, von den Dieben 20 %, von den Brandstiftern 13 %, von den Sittlichkeitsverbrechern 7 %.

Rückfälle waren in den 25 Jahren 50, d. i. 13 % der Aufnahmen, resp. 23 % der Entlassungen eingetreten; die geheilt Entlassenen hatten 16 %, die gebessert Entlassenen 25 % Rückfälle. Während die gebessert Entlassenen also viel mehr Rückfälle zeigten als die geheilt Entlassenen, war bei beiden die Prozentzahl der Rückfälle ohne Vergehen (d. h. die Gefährlichkeit) genau dieselbe: 44 %. Simulation von Geistesstörung wurde in drei Fällen beobachtet. Entweichungen ereigneten sich 25, = 5 %, ohne ernstere Folgen; einige entwichen mehrmals, ein Kranker zum 18. Male. Mit Ausnahme von zwei Kranken, welche gebessert entlassen, wegen neuer Mordversuche zurückgebracht wurden, handelte es sich bei den meisten Rückfällen mit Vergehen nur um geringfügige Vorgehen, die gewöhnlich derselben Art waren, wie die Vergehen, die sie zuerst in der Anstalt geführt hatten. Hoppe.

---

114) **Léon de Rode:** De l'influence de la détention cellulaire sur l'état mental des condamnés. — Rapport présenté au VIe congrès pénitentiaire international.

(Bullet. de la société de méd. mentale Sept. 1900.)

Die Meinung, dass in den Zellengefängnissen Geistesstörungen häufiger seien als im gemeinsamen Gewahrsam, erklärt sich daraus, dass in der Zellenhaft die geringsten geistigen Anomalien des Gefangenen sofort bemerkt werden, während in gemeinsamer Haft Geistesstörungen oft lange Zeit unerkannt bleiben. Uebrigens ist die Zahl der Geistesstörungen in Zellengefängnissen nach einer Statistik Baer's aus zahlreichen solchen Instituten (0,25 bis 2,85 %) durchaus nicht grösser als in gemeinschaftlichen Gefängnissen (2—3 %), und die Zahlen sind in den späteren Jahren immer mehr heruntergegangen. Allerdings handelt es sich bei diesen Zahlen nur um deutliche Fälle von Geistesstörung, während ausserdem noch zahlreiche Fälle von geistig Abnormen der verschiedensten Grade existieren, welche Baer auf 5 %, Krohne auf 10 % der Gefängnisbevölkerung schätzt. Aus der verschiedenen Beurteilung, welche diese Elemente in den verschiedenen Strafanstalten erfahren, erklären sich die grossen Differenzen in der Verhältniszahl der Geisteskranken.

In den Belgischen Strafanstalten, welche fast alle das Zellensystem haben, betrug die Zahl der Geisteskranken von 1875—1890 im Durchschnitt 0,47 %. Als im Jahre 1891 die psychiatrische Beaufsichtigung an denselben eingerichtet

wurde, ist die Zahl auf 0,83 % gestiegen. Das Centralgefängnis zu Lüttich liefert in dieser Zeit durchschnittlich 1,58 %, das Centralgefängnis zu Gent 3,50 %. In den Korrektionsgefängnissen war die Verhältniszahl weit geringer, aber auch hier hat sich eine Steigerung gegenüber den Vorjahren gezeigt. Da die Direktoren der Strafanstalten gehalten sind, jeden Gefangenen, der irgendwie verdächtige geistige Anomalien bietet, den irrenärztlichen Inspektoren anzuzeigen, so ist es möglich, annähernd die Gesamtzahl der geistig Abnormen in den Strafanstalten zu ermitteln. R. teilt dieselben in drei Gruppen:

1. solche, welche nach dem Resultat einer ärztlichen Untersuchung in eine Irrenanstalt gebracht werden,
2. solche, welche auf Grund ihres Geisteszustandes nur aus der Einzelhaft in gemeinschaftliche Haft gebracht werden,
3. solche, für die nur bestimmte Verhaltungsmassregeln vorgeschrieben werden.

Von 1896—98 zählte man durchschnittlich in der 1. Gruppe 1,09 %, in der 2. 0,58 %, in der 3. 1,53 %, wozu noch 0,10 % in Einzelhaft zurückgebrachte kommen; die Summe aller ermittelten Abnormen betrug also 3,32 %.

R. teilt noch eine Reihe von Tabellen mit, aus denen auch hervorgeht, dass die Einzelhaft den verhängnisvollen Einfluss, den man ihr zuschrieb, nicht hat. Eine ungünstigere Einwirkung übt dieselbe nur im Anfang, aber auch nicht bei allen in gleicher Weise und Dauer; allmählich tritt die Gewöhnung ein. Bei prädisponierten Naturen erfolgt der Ausbruch der Geistesstörungen daher auch meist kurz nach der Verurteilung. R. beschreibt die hauptsächlichsten Formen der Geistesstörungen, die sich in der Haft entwickeln, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt keine besondere Form von Geistesstörungen, welche der Einzelhaft eigentümlich und als „Gefängnispsychose“ bezeichnet werden dürfte. Die Geistesstörungen in den Zellengefängnissen sind dieselben, die man auch im gewöhnlichen Leben sieht, nur modifiziert durch die speziellen hygienischen, sozialen und disziplinaren Verhältnisse der Strafanstalten.
2. Die Zahl der Geistesstörungen in den Zellengefängnissen ist nicht grösser, als die in den Gefängnissen mit gemeinsamer Haft.
3. Die Geistesstörungen in den Zellengefängnissen sind im allgemeinen weniger schwer und von kürzerer Dauer, als die in den Gefängnissen mit gemeinsamer Haft.
4. Man kann ihre Zahl vermindern durch sorgfältige Auswahl der für die Zellenhaft geeigneten und durch sofortige Entfernung derjenigen Elemente, welche irgend welche psychischen Abnormitäten zeigen.

Hoppe.

---

115) **E. Rüdin**: Ueber die klinischen Formen der Gefängnispsychosen.*)
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3).

Die Frage, ob es eine spezifische Gefängnispsychose mit eigener Entstehung, Form und Prognose giebt, ist bisher unentschieden. Nach Anführung der bis jetzt vorhandenen Litteratur unterzieht R. die Krankengeschichten von 94 Gefangenen, die in neun Jahren der Heidelberger Klinik überwiesen wurden.

*) Anm.: Vergl. auch d. C.-Bl. 1901. Seite 36.

einer Durchsicht und findet, dass sie sich alle den gewöhnlichen Krankheitsformen einreihen lassen. Bei 83 % war die klinische Stellung ganz klar, bei 17 % konnte die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden. Erstere waren zu 55 % Katatonieen, 10 % Alkoholismus, dann Epilepsie, Hysterie, Imbecillität und Paranoia. Alle aber bestanden entweder schon vor der Haft, oder überdauerten doch das schädigende Moment bedeutend. Dagegen erwies sich auch, dass alle diese Formen vorübergehend den bekannten Symptomenkomplex zeigen können, der nach einigen Autoren für das Gefängnis spezifisch ist: Hallucinationen des Gehörs (und Gesichts), Begnadigungsverheissungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Angstzustände, Verstimmung, Reizbarkeit. Diese „hallucinatorische Episode" fand sich in 28 Fällen, bei 15 Katatonieen, 3 Epilepsieen, und bei je 1 Hysteriker, Querulanten und Imbecillen, und in sechs der zweifelhaften Fälle. Sie trat in der Einzelhaft oder nach einer langen Serie von Vorstrafen auf, und verschwand nach Aufhören der ursächlichen Momente, die Grundkrankheit unverändert zurücklassend.

Nun war dieser Komplex ganz in der gleichen Weise auch bei Krankheitsformen vorgekommen, die sonst ganz ohne Hallucinationen zu verlaufen pflegen, wie in einem Falle des Verf. bei einem Schwachsinnigen. Es wäre also doch denkbar, dass dieser Prozess unter denselben Ursachen auch selbständig auftreten und auch bei einem nicht Psychopathischen dieselbe Krankheit hervorrufen könnte, die dann entweder in Heilung, oder in einen ihr eigentümlichen Schwächezustand übergehen würde. Ob solche Fälle in den Gefängnissen wirklich entstehen und dort rasch und leicht verlaufen, entzieht sich der Beurteilung des Verf.; in die psychiatrische Beobachtung sind sie bisher nicht gekommen. Die Frage nach der spezifischen Gefängnispsychose bleibt also noch weiter offen. Chotzen.

---

116) **Räcke:** Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

Der im vorigen Heft obiger Zeitschrift (s. dies. Centralbl. Ref. No. 28) gebrachten Studie über hysterische Dämmerzustände bei Strafgefangenen fügt R. jetzt eine solche über Stuporfälle an, welche die gleiche Natur und Entstehung wie jener Ganser'sche Symptomenkomplex hatten und z. T. auch in diesen übergingen. Die Beobachtungen betreffen wieder Strafgefangene, die während der Haft von dem Krankheitszustand befallen wurden. Dieser trat auf als schwere motorische Hemmung mit Negativismus, Mutacismus, vereinzelten Stereotypieen und kataleptischen Erscheinungen, die gelegentlich von heftigen motorischen Erregungszuständen durchbrochen wurde. Das ganze Bild hat grosse Aehnlichkeit mit katatonischen Zustandsbildern (besonders in zwei sich über Wochen und Monate hinziehenden Fällen), doch weisen einerseits bald hervortretende hysterische Züge, andererseits gewisse Eigentümlichkeiten des Zustandes selbst auf die Natur der Krankheiten hin. Die hysterischen Stigmata, am konstantesten Sensibilitätsstörungen, sind schon während des Stupors deutlich, treten aber mit Nachlass desselben auch im psychischen Verhalten in den Vordergrund. Charakteristisch ist, dass der Stupor durch alle Vorgänge in der Umgebung sehr beeinflusst wird, sogar durch energische Eingriffe koupiert werden kann. Es kommen plötzliche Uebergänge von tiefer Benommenheit zu normalem Verhalten vor; gewöhnlich vollzieht sich die Besserung langsam, von Schwankungen unter-

brochen; in einem Falle bildete sich eine länger dauernde Verwirrtheit aus, in zweien der erwähnte Dämmerzustand. Als Symptome des Stupors sind besonders aufgeführt: Gliedmassen sind schlaff; flexibilitas cerea fehlt, es tritt bei passiven Bewegungen nur ein gewisser Spasmus der Muskulatur auf; die Stellung, in der das bewegte Glied stehen bleibt, ist eine von dem Kranken willkürlich verbesserte; die Sehnenreflexe erscheinen stets gesteigert, die Hautreflexe weniger konstant; mehr oder weniger grosse Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit; vasomotorisches Nachröten; Pulsbeschleunigung; manchmal transitorische Kongestionen des Gesichts. Im Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten essen die Kranken sehr reichlich, und halten sich trotz aller Apathie völlig sauber. Auch hier bleibt, wie bei den Dämmerzuständen, tiefe Amnesie zurück.

Das wichtigste Ergebnis der Krankengeschichten fasst Verf. in den Sätzen zusammen: Hysterische Dämmerzustände (einschliesslich Stupor) können auftreten, ohne dass ein Krampfanfall voraufgegangen ist, und können sich mit geringen Remissionen über Wochen und Monate erstrecken. Chotzen.

---

117) **O. Snell:** Gutachten über den Geisteszustand des Tischlers Ernst H. aus Enden. (Notzucht und Blutschande, Körperverletzung und Bedrohung der Ehefrau. Paranoia, Einstellung des Verfahrens. Aufnahme in eine Irrenanstalt.)

(Viertelj. f. gerichtl. Med. 1901. XXI. Bd., 1. H.)

Der 52jährige Angeklagte, der bereits in jungen Jahren wegen Brandstiftung eine 10jährige Zuchthausstrafe verbüsst hatte und Mitte der neunziger Jahre wegen des Verdachtes, seinen Sohn ermordet zu haben, längere Zeit in Untersuchungshaft gewesen war, wurde von seiner Ehefrau, die er durch allerlei Manipulationen im geschlechtlichen Verkehr vielfach misshandelte, beschuldigt, mit der eigenen herangewachsenen Tochter geschlechtlich verkehrt zu haben. H. war bereits seit einer Reihe von Jahren verschiedenen Begutachtern als geisteskrank bezw. einer Geisteskrankheit verdächtig aufgefallen. Die Untersuchung des, in psychiatrischer Hinsicht nicht besonders komplizierten, Falles ergab einmal das Bestehen eines Diabetes insipidus, ferner bestanden eine Reihe Verfolgungswahnideen, die sich teils auf die eigene Frau bezogen, gegen die H. die schwersten Anschuldigungen vorbrachte, teils auf Verfolgungen, die er seitens der Sozialdemokraten zu erdulden hätte. S. führte in seinen Gutachten aus, dass es sich hier um höchst abenteuerliche Wahnideen handele, deren feste Fixierung in dem Ideenkreise des Angeklagten und deren krankhafte Begründung als charakteristisch für die Form der Krankheit (Paranoia) zu bezeichnen sei.

Pollitz (Münster).

---

118) **Richter:** Zwei im Strafverfahren abgegebene motivierte Gutachten.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

1. 30jähr. hereditär belasteter Mann, als leichtsinnig und ohne Ausdauer bei der Arbeit geschildert, von seiner Frau nach $1^1/_2$jähriger Ehe getrennt lebend, 1893 wegen Körperverletzung mit vier Wochen vorbestraft, 1895 zu 1 J. 6 M. Zuchthaus verurteilt, weil er mit einem Knaben unzüchtige Hand-

lungen vorgenommen hatte. Er wollte damals von der Angelegenheit nur soweit wissen, dass er mit dem Knaben zusammen gewesen, dagegen nicht, wohin er mit ihm gegangen und was er mit ihm vorgenommen habe. Erst dass er nachher von einer Kaserne nach der Polizeiwache geführt wurde, wusste er wieder; für die Zwischenzeit wollte er gar keine Erinnerung haben.

Wegen gleicher Vergehen, die er in den Jahren 1897—1900 ausgeführt hat, wird er im März 1900 zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt, aber gleich wieder in Untersuchung genommen, weil er im Februar 1900 wiederholt Knaben und Mädchen unter dem Vorgeben, sie photographieren zu wollen, an sich gelockt und sie durch Ueberredung und Drohungen zu unzüchtigen Handlungen und Duldung solcher zu bewegen versucht oder bewogen hatte. Bei seinen Vernehmungen wusste er sich wohl der begleitenden Nebenumstände, aber nicht der unzüchtigen Handlungen selbst zu erinnern.

In der Untersuchungshaft macht er auf den Physikus einen krankhaften Eindruck, weshalb Beobachtung in einer Anstalt beantragt wurde. In Dalldorf zeigte er sich ängstlich, benommen, vermochte nur ganz unklare Angaben über Personalien und Vorleben zu machen, konnte nicht rechnen, verwechselte Geldstücke u. s. w. Allmählich hellte sich der Zustand auf, und er war nach einigen Wochen wieder „wie vor seiner Verhaftung“, wie er selbst angab. Er machte geordnete und klare Aussagen, war bis auf Stirnkopfschmerz ohne krankhafte Erscheinungen, erwähnte, dass er schon die letzten Wochen in der Haft an Schwindel, Mattigkeit und Sinnestäuschungen gelitten habe. Seine „Anfälle“ habe er seit einem Streit mit seinem Vater im Jahre 1895, infolgedessen dieser sich erhängte; vorher habe er „solche Zustände“ nicht gehabt. Von seinen Vergehen wollte er nichts wissen.

Das Gutachten führt aus, für das Bestehen einer Geisteskrankheit zur Zeit der inkriminierten Handlungen spricht nichts, die Gedächtnisdefekte gerade nur für die strafbaren Handlungen sind vorgetäuscht; in der Untersuchungshaft ist eine Geisteskrankheit aufgetreten, die nicht simuliert war. Sie ist nun aber wieder geheilt. Explor. bietet zur Zeit keine geistigen Störungen, ist verhandlungs- und strafvollzugsfähig.

Es erfolgte wieder Verurteilung.

2. 29jähriger Kaufmann, hereditär nervös belastet, dreimal wegen Urkundenfälschung, Diebstahl und Begünstigung mit insgesamt zwei Jahren Gefängnis vorbestraft, soll im Jahre 1898 in vier Fällen Betrug dadurch begangen haben, dass er als Reisender von seinen Kunden Unterschriften unter Bestellungen weit höheren Betrages erschlichen habe, als ihm mündlich erteilt worden seien. Nachdem sein Verteidiger und seine Frau auf sein Nervenleiden hingewiesen hatten, wurde in der Verhandlung am 2. VII. 1900 durch einen Begutachter festgestellt, dass Beschuldigter schon wiederholt wegen Nervenleiden und Angstzuständen in Krankenhäusern und von Spezialisten behandelt worden war, und noch an nervöser Erregung und vereinzelten Hallucinationen leide; die Zurechnungsfähigkeit sei zweifelhaft, es empfehle sich Anstaltsbeobachtung. Angeklagter legte gegen den entsprechenden Gerichtsbeschluss Beschwerde ein, die verworfen wurde.

Nach der Anstaltsbeobachtung und der Anamnese ergab sich, dass Explorand von Jugend auf nervös und erregbar, zu Wutzuständen geneigt gewesen, dass sich sein Leiden in den letzten fünf Jahren noch bedeutend verschlimmert

habe; er leide zeitweilig an Angst, Schlaflosigkeit, sehe nachts feurige Kugeln, Flammen und Gestalten, höre auch Stimmen, seinen Namen, einzelne Zurufe, glaubte einmal Vorwürfe von seiten seiner Mutter zu hören. Die Stimmen treten nachts und am Tage auf. Er hatte Platzangst, musste das Reisen aufgeben, weil er in der Eisenbahn Angst bekam; war oft nachts aufgesprungen und fortgelaufen, um erst morgens wiederzukommen. Explorand erschien stets gedrückt, in sich gekehrt, antwortete zerstreut und gedankenlos, hatte viel Kopfschmerzen, schlief nur mit Schlafmitteln und hallucinierte viel. Den Verdacht der Geisteskrankheit wies er weit von sich, anfangs habe er wohl an die Stimmen geglaubt und deren Urheber gesucht, aber nun sei er nur im ersten Augenblick zweifelhaft, dann wisse er, dass das Nervosität sei. Er erschrecke allerdings und verlasse den Raum, in dem er die Stimmen gehört habe. Verschiedene auffällige Handlungen, die er unter der Einwirkung seiner krankhaften Zustände beging — er sah z. B. im Spiegel nach, ob er seinen Kopf noch habe, — suchte er erst abzuleugnen und dann als Scherz hinzustellen; er sei nur nervös, aber geistig gesund und sogar ganz intelligent. Zu den Vorstrafen sei er mit Recht verurteilt; die jetzigen Strafthaten seien ihm nicht zu beweisen.

Das Gutachten betont, Explor. habe z. Z. der strafbaren Handlungen nicht nur an vereinzelten Hallucinationen gelitten, sondern ausserdem an Schwindelzuständen, Angstanfällen, Schlaflosigkeit, Platzfurcht und motorischer und psychischer Unruhe; habe also eine ausgeprägte Geistesstörung gehabt und seine freie Willensbestimmung sei ausgeschlossen gewesen. Die Krankheit bestehe noch fort, er habe gar keine Einsicht und kein Krankheitsbewusstsein, sei nicht verhandlungsfähig.

Das Verfahren wurde vorläufig eingestellt. Chotzen.

---

119) **von Schrenk-Notzing**: Der Fall Mainone. Verbrechen gegen die Sittlichkeit an einer Hypnotisierten, verhandelt vor dem Schwurgericht in Köln am 7. und 8. V. 1901.

(Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Bd. VII. S. 132).

Ein 22jähriger ehemaliger Schlosser und Reisender, namens Mainone, nahm einen Kursus von sechs halben Stunden bei dem Magnetopathen Müseler in Köln und liess sich dann als „Magnetopath und Naturheilkundiger“ in Mülheim a. R. nieder. Er wohnte bei einem Konditor, dessen zwanzigjährige Schwägerin an hochgradiger Kurzsichtigkeit litt. Mainone behauptete nun, es handele sich um einen „Ansatz zum grauen Staar“, den er in 5—6 Sitzungen heilen werde. Er suchte das angeboren erheblich schwachsinnige Mädchen zu hypnotisieren, indem er es einen Knopf an einem „magnetischen“ Stab fixieren liess. Beim dritten Male, nachdem das Mädchen durch 10 Minuten langes Ausharren ganz schläfrig geworden war, veranlasste er sie, sich nackt auszuziehen, betastete sie am ganzen Körper und stellte eine neugebildete Harnblase fest, in der sich schlechter Harn angesammelt habe. Schliesslich steckte er seinen Finger in die Scheide. Bei dem vierten Hypnoseversuch wurde die Kranke taumelig und nun vollzog der Angeklagte den Beischlaf, indem er vorgab, er müsse den schlechten Harn herauslassen. Nach der Wiederholung

dieser Prozedur am folgenden Tage erzählte das Mädchen ihrer Schwester, was vorgefallen war. Diese hatte beobachtet, dass die Patientin sich nach den Sitzungen noch eine Stunde lang in einem konfusen taumeligen Zustand befunden hatte, der nach der letzten Sitzung noch etwa 14 Tage angedauert hatte.

Der Angeklagte verteidigte sich, der Geschlechtsverkehr habe mit Zustimmung des Mädchens stattgefunden; er leugnete auch die Hypnoseversuche, von denen er selbst aber seinem sogenannten Lehrer erzählt hatte. Dieser erklärte unter seinem Eide, er könne alle Krankheiten ausser solchen, in denen organische Fehler vorliegen, durch Magnetismus heilen.

Die Geschworenen sprachen den Angeklagten wegen des Missbrauches einer bewusstlosen Person (§§ 176² und 177) frei, schuldig dagegen der Beleidigung (§ 185). Wie der Verfasser ausführt, scheuten sich die Geschworenen offenbar, die Frage nach der hypnotischen Willenlosigkeit prinzipiell zu entscheiden. Auch dieser Fall, obgleich der Vorgang als solcher kaum zweifelhaft sein kann, kann nicht als sicherer Beweis für die Möglichkeit des Beischlafes in einem hypnotischen Zustand gegen den Willen der Hypnotisierten angesehen werden. Die Beteiligte war hochgradig schwachsinnig und naiv; bedenklich ist auch, dass sie erst nach dem zweiten Beischlafsattentat, also weder nach der Entkleidungsscene, noch nach der Defloration trotz erhaltener Erinnerung von den Vorgängen erzählte.

Das Gericht kompensierte die Freisprechung durch das abnorm hohe Strafmass von 18 Monaten Gefängnis für die Beleidigung.

Aschaffenburg.

---

120) **Kalmus**: Ehescheidung bei induziertem Irresein, an einem Gutachten erläutert.

(Archiv für Psychiatrie. Bd. XXXV. H. I).

Es handelt sich um folgenden Fall: Eine an hallucinatorischer Paranoia mit Verfolgungs- und leichten Grössenideen erkrankte Frau infiziert ihren Mann psychisch. Beide werden in eine Anstalt gebracht. Hier schwinden die psychischen Störungen beim Manne sehr bald, bei der Frau nimmt die Psychose ihren typischen Verlauf. Der Mann konnte als geheilt entlassen werden. Jedesmal aber, wenn er wieder mit seiner Frau zusammen kam, stellte sich eine Verschlechterung seines psychischen Befindens ein. Es wurde dann von dem Manne der Antrag auf Scheidung gestellt. Die Schwierigkeit und das Eigenartige des Falles lag darin, festzustellen, ob die geistige Gemeinschaft zwischen beiden Ehegatten als aufgehoben zu betrachten war. Dies war nun ohne weiteres durchaus nicht der Fall: die Beeinträchtigungsideen der Frau richteten sich durchaus nicht gegen den Mann, im Gegenteil zeigte sie das grösste Interesse an seinem Wohlergehen. Das Bewusstsein und der Wille, die eheliche Gemeinschaft zu fördern, fehlten der Frau keineswegs. Nun hätte aber ein Zusammenleben mit der Frau den Mann der sichern Gefahr einer erneuten geistigen Erkrankung ausgesetzt. Verf. glaubte deshalb, dem Wortlaut des Gesetzes einen weiteren Sinn unterlegen zu müssen: „Die geistige Gemeinschaft ist für die juristische Beurteilung als aufgehoben zu betrachten, für jetzt und alle Zukunft, weil sie aus ärztlichen Gründen zwingendster Natur dauernd aufzuheben ist." — Der Richter schloss sich dieser Auffassung an, und die Ehe wurde geschieden. —

Klinisch interessant ist der Fall noch besonders dadurch, dass die Frau nicht nur ihren Mann, sondern zeitweise auch ihren Sohn, sowie später eine Mitkranke mit ihrem Wahn infiziert hatte. — Ob es sich aber, wie K. meint, bei dem Manne um echtes induziertes Irresein im Schoenfeldt'schen Sinne gehandelt, erscheint dem Ref. etwas zweifelhaft. Wahrscheinlich hat doch wohl nur eine sog. Folie imposée vorgelegen. Kölpin, Greifswald.

---

121) **Julius Wolf**: Ein neuer Gegner des Malthus.
(Zeitschrift für Sozialwissenschaft. IV. S. 256).

Die Lehre Malthus hat bisher ziemlich allgemeine Anerkennung gefunden. Sie besteht in der Wolf'schen Formulierung in folgenden fünf Behauptungen:

1. Die Bevölkerung hat die Tendenz, über die Unterhaltsmittel hinauszuwachsen;

2. Die Verbesserung der technischen Methoden der Unterhaltsmittelgewinnung wird dieses Gesetz nie aufzuheben vermögen, da auf die Dauer jede Verbesserung der Technik von der Vermehrung der Bevölkerung gefolgt sein wird;

3. Die präventiven Hemmungen werden aller Erfahrung nach von der Bevölkerung nicht genügend ins Werk gesetzt;

4. Daraus erklärt sich die naturgesetzliche Notwendigkeit der regressiven Hemmungen, d. h. des sozialen Elends;

5. Wenige Menschen garantieren unter sonst gleichen Umständen, wenn die Stufe der okkupatorischen Wirtschaft überschritten ist, grösseren Wohlstand für den einzelnen als mehr Menschen.

In Oppenheimer ist nun Malthus ein sehr entschiedener Gegner erwachsen; er stützt sich vor allem auf die Thatsache, dass zweifellos eine Hebung der unteren Klassen eingetreten sei, dass eine Verschiebung der Bevölkerungszusammensetzung nicht zu Ungunsten der städtischen, sondern der ländlichen sich gezeigt habe, dass die Stoffveredelung immer mehr wachse, weit über den sinkenden Ertrag der Lebensmittelproduktion hinaus. Er stellt daher die Sätze auf:

1. Die Bevölkerung hat nicht die Tendenz, über die Unterhaltsmittel hinauszuwachsen, vielmehr haben die Unterhaltsmittel die Tendenz, über die Bevölkerung hinauszuwachsen.

2. Mehr Menschen sind kein Elendsgrund, sondern Bürgschaft grösseren Wohlstandes.

3. Haben wir Elend, so ist es also nicht „naturgesetzlich" in der Weise des Malthus aus dem Bevölkerungsgesetz zu erklären, sondern aus anderen Momenten.

Wolf weist nun unter vollster Anerkennung der Richtigkeit mancher und zwar der wesentlichsten Ausführungen Oppenheimer's nach, dass die Annahme unbegrenzter Steigerungsfähigkeit des Bodenertrages nicht richtig sei und dass wir mit der bald zu erwartenden vollendeten Besiedelung alles kulturell verwertbaren Bodens wieder und dann dauernd in eine Zeit der sinkenden Bodenerträge kommen. Nur zeitweise wird durch neue technische Fortschritte diesem Sinken vorübergehend ein Ende gemacht. Die Malthus'sche Lehre ist also, soweit sie auf dem Gesetze des sinkenden Bodenertrages beruht, nicht er-

schüttert. Dagegen hat die Bevölkerung nicht die Tendenz gezeigt, den Nahrungsspielraum auszunutzen, mit Ausnahme der Länder mit unzureichender Kultur. Dort findet sich immer eine Bevölkerungsvermehrung über die Unterhaltsmittel hinaus und jede Missernte hat deshalb Hungersnot der schrecklichsten Art zur Folge (Russland, Indien). In den Kulturländern dagegen sinkt die Geburtenzahl fortdauernd, meist wohl durch künstliche Beschränkung.

Die Schlüsse, die Wolf aus seinen Besprechungen zieht, weichen von denen Oppenheimer's ab, treten aber gleichzeitig den Ansichten Malthus entgegen. Die Formel des Wolf'schen Bevölkerungsgesetzes lautet:

Die potentielle Vermehrbarkeit (nicht die Vermehrungstendenz) des Menschen steht im Widerspruch mit der Unvermehrbarkeit des Bodens auf der Erde und dem beschränkten Vorhandensein der besten Böden, wie der beschränkten Ergiebigkeit an den Boden gewandter Arbeit (und Kapitals), in dem Sinne, dass diese Naturthatsachen dem Menschen nicht gestatten, seine Potenz dauernd voll auszulösen, wenn er nicht eine Verminderung der dem Einzelnen zur Verfügung stehenden Menge an Unterhaltsmitteln und schliesslich Not für eine gewisse Zahl herbeiführen will.

Dieser Widerspruch wird nicht wahrgenommen auf niedriger Entwickelungsstufe der Völker, so dass hier die (Vermehrungs-)„Tendenz" mit der „Potenz" zusammenfällt. Auf höherer Entwicklungsstufe vollzieht sich die Scheidung beider Faktoren in dem Sinne, dass, vorübergehende Zeitläufe anderen Charakters abgerechnet, die (psychologisch bestimmte) „Tendenz" immer mehr, bis zu einer gewissen, aber variabeln Grenze, hinter die (physiologisch bestimmte) „Potenz" zurücktritt.

Bis zu einem gewissen, sich verschiebenden, aber nicht bis ins Unendliche steigerungsfähigen Grade ist eine Vermehrung der Bevölkerungszahl als „sozial wohlthätig" anzusehen.

Die Gesetze, durch die der Bevölkerungsaufbau in seinem Verhältnis zur Lebenshaltung bestimmt wird, werden durch diese neue Beleuchtung wohl an Interesse gewinnen und wieder mehr der wissenschaftlichen Diskussion unterworfen werden. Sie sind mittelbar auch für den Psychiater deshalb von besonderer Bedeutung, weil im Kampf ums Dasein die Schwächsten, also vor allem das Heer der geistig Defekten, dem Untergange geweiht ist.

Aschaffenburg.

---

122) **Hanns Gross**: Encyklopädie der Kriminalistik.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie. VI. S. 1).

Das erste Heft des 6. Bandes hat der Herausgeber des Archivs ganz mit einer sehr dankenswerten Arbeit gefüllt. In kurzen Schlagworten hat er die wichtigsten Fragen der Kriminalistik zu beantworten gesucht, die gebräuchlichsten und dem Juristen öfter begegnenden medizinischen Fachausdrücke übersetzt und erläutert, die gewöhnlichsten Gaunerworte wiedergegeben. In Fällen, wo die kurze Darstellung nicht ausreichen würde, hat er auf die Litteratur, zumeist und mit Recht auf seine Kriminalpsychologie hingewiesen. Beanstanden möchte ich die Erklärung beim Kapitel Geisteskrankheiten, dass diese vortrefflich und jahrelang simuliert werden könnten. Simulation ist, abgesehen von schüchternen und meist schon nach Stunden aufgegebenen Versuchen, selten, nie vortrefflich und

ebensowenig kann und wird dieselbe jahrelang durchgeführt. Sonst dürfte kaum etwas an den die Psychiatrie und die Psychologie betreffenden Bemerkungen auszusetzen sein; die Knappheit und Klarheit der Darstellung — das Ganze umfasst 96 Druckseiten — machen die Arbeit zu einem äusserst wertvollen Hilfsmittel für jeden, der mit dem Strafrecht als Richter oder Sachverständiger zu thun hat. Aschaffenburg.

---

123) **Schrenk-Notzing**: Die gerichtlich medizinische Bedeutung der Suggestion.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. V. S. 1).

Die an hypnotisierten Personen begangenen Verbrechen, sowie die mit Hilfe hypnotisierter Personen begangenen beschränken sich nach Schrenk-Notzing fast ausschliesslich auf sexuelle Delikte und auf den fahrlässigen Missbrauch hypnotisierter Personen. Kriminelle Eingebungen sind für normale Individualitäten mit wohl entwickelter moralischer Widerstandsfähigkeit ungefährlich; dagegen verfallen ihr leicht (?) kindliche, psychopathisch minderwertige, hysterische, psychisch schwache, ethisch defekte Persönlichkeiten, deren Widerstand durch schwache Entwickelung der moralischen Gegenvorstellungen herabgemindert ist. Referent ist der Ansicht, dass manche der von Schrenk-Notzing als zweifellos aufgefassten Fälle nicht zur Hypnose gehören, weil es sich nicht um hypnotische Zustände handelt, z. T. auch, weil die Hypnose für die Vorgänge z. B. für den sexuellen Verkehr ganz gleichgültig war. Um so entschiedener aber kann man dem Hinweis auf die bisher so gut wie gar nicht berücksichtigte Suggestion im wachen Zustande beistimmen, die auch geistig völlig normale Personen zu falschen, bona fide beschworenen Zeugenaussagen zu veranlassen imstande ist, unter Umständen sogar besonders suggestible Personen zur Begehung verbrecherischer Handlungen hinzureissen vermag.

Aschaffenburg.

---

124) **W. Norwood** (Convict Prison, Portland): Physical and moral Insensibility in the criminal.

(The journal of mental science. Oktober 1901, pg. 737.)

Verfasser untersuchte 100 Insassen obigen Gefängnisses auf Sensibilität und suchte Beziehungen zwischen den von ihnen begangenen Delikten und den Ergebnissen der Sensibilitätsprüfungen. Letztere betrafen die Augen bezüglich des Lesens, Farbenerkennung und ähnl., das Gehör, Geschmack, Geruch und Gefühl.

Sämtliche Untersuchungen sind gewissenhaft durchgeführt und nach allen Richtungen hin vorgenommen, sowie durch Tabellen erläutert. Zum Schlusse sind sämtliche Befunde an jedem Untersuchten genau mitgeteilt, mit kurzen Notizen aus seinem Leben, Alter, Vergehen u. s. w.

Das Resümé der interessanten Arbeit ist folgendes:

1. Bei dem Normalen ist die moralische, wie auch die physische Sensibilität, resp. das Gefühl deutlicher ausgeprägt wie bei dem Verbrecher.
2. Man kann drei Grade der Verbrecher unterscheiden, die aus Zufall, aus Gelegenheit und aus Gewohnheit. Diese drei Gruppen haben verschiedene Grade von moralischer und physischer Gefühlslosigkeit, resp. von gestörter Sensibilität.

3. Der Unterschied der moralischen und physischen Sensibilitätsstörungen zwischen dem Zufalls- und Gelegenheitsverbrecher ist grösser als zwischen den Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrechern.
4. Der Einfluss der Erziehung, wie auch des Alters, scheint ohne Bedeutung zu sein.
5. Die Sensibilitätsunterschiede hängen mit den anatomischen Defekten, mit Geistesschwäche u. s. w. zusammen.

Passow (Meiningen).

---

125) **A. Heller:** Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sektionen. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1900, Nr. 48).

Heller's Erfahrungen bei Selbstmördern sind degenerationsanthropologisch sehr wertvoll, zumal da der Autor auch dem psychologischen und psychiatrischen Moment hinreichend Beachtung geschenkt hat. Heller hatte unter seinen Selbstmördern 230 Männer und 70 Frauen. Von den Männern hatten 55,2 % Erhängen, 23,7 % Erschiessen, von den Weibern 41,4 % Ertränken, 28,5 % Erhängen, 21,4 % Vergiften gewählt. Mehrfache Todesarten hatten 11 Männer und 3 Frauen versucht. Die wenigsten Selbstmorde kamen im Herbst, die meisten im Frühsommer vor.

Sichere Zeichen vorher vorhandener Geistesstörung konnte H. nur bei 5.3 % feststellen. Spezifische „Erblichkeit des Selbstmordes“ war nur einmal zu beobachten. Ganz richtig bemerkt der Autor, dass der Selbstmord an sich nicht vererbbar sei, sondern nur die neuropathische Disposition. Es liegt hier eben ähnlich wie beim Alkoholismus. Dagegen beobachtete Heller, dass bei einer relativ sehr hohen Zahl von Selbstmordfällen das Motiv absolut in keinem Verhältnis zur Qualität der That gestanden hat. Eine so heftige Reaktion auf verhältnismässig geringe Eindrücke müsse aber als abnorm bezeichnet werden. Der letzte Anlass zur That sei häufig bedeutungslos, weshalb die Statistiken über die Veranlassungen zum Selbstmorde wenig Wert besässen.

Relativ häufig war Selbstmord bei akuten Infektionskrankheiten (Typhus, Miliartuberkulose, Tonsillitis, Milzschwellungen etc.), im ganzen 24,3 %.

Eine grosse Rolle spielte bei Heller's Material der Alkoholismus, 55 % der Männer waren Alkoholisten (über 30 Jahren sogar 73,6 %), von den Weibern im Mittel 10 % (über 30 Jahren 20,7 %).

Die anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems waren zahlreich. Hyperostosen und Sklerosen des Schädels waren in 14 %, chronische Meningitis (zusammen mit Hydrocephalus) im ganzen in 32 % nachzuweisen, ausserdem öfter Hydrocephalus allein (5 %), Exostosen, hämorrhagische und Erweichungsherde, Pachymeningitis, Hirnatrophie etc. Fast die Hälfte aller Selbstmörderinnen befand sich in einem geschlechtlich differenten Zustande (Gravidität, Menstruation, Puerperium).

In sechs von Heller's Fällen hatten Syphilidophobie oder andere Sexualhypochondrien bestanden. Heller meint, dass diese der bekannten niederträchtigen „populären“ Sexuallitteratur zum Opfer gefallen wären. Sollte es sich so verhalten, so ist doch zu bemerken, dass es sich bei beeinflussbaren Naturen fast ausnahmslos um genuine Neuropathie handelt.

Im ganzen hatten von Heller's 300 Fällen starke, die Zurechnungsfähigkeit beeinträchtigende pathologische Sektionsbefunde 129 = 43,0 %, die Zurechnungsfähigkeit möglicherweise beeinträchtigende noch weitere 54 = 18,0 %, die Hälfte der Fälle darf also strenggenommen nicht als eigentlicher Selbstmord bezeichnet werden. Dieser in weiteren Kreisen unbekannte Prozentsatz erscheint noch nicht einmal sehr hoch. Die Schlussbemerkungen Heller's über die Ehrenrettung hilfloser Unglücklicher vor Gesellschaft und Kirche, über das falsche Verhalten der Versicherungsgesellschaften und die obligatorische aber nicht gerichtliche Sektion der Selbstmörder sind verdienstlich.

Jentsch.

---

126) **Henneberg**: Zur forensischen und klinischen Beurteilung der Pseudologia phantastica.

(Charité-Annalen, XXV. Jahrgang. 375).

In dankenswerter Ausführlichkeit schildert H. einen Fall, der die typischen Züge reiner aufweist, als die von Delbrück mitgeteilten. Schon in den Gesprächen des Pat. mit Spielkameraden und in den Schulaufsätzen war die wuchernde Phantasie aufgetreten. Er hatte gut gelernt, einige Zeit Theologie und Jura studiert und eine Preisaufgabe gelöst. Er legte sich selbst den Titel Dr. jur. bei, eröffnete mehrere kaufmännische Bureaus und wusste von verschiedenen Personen ca. 50 000 M. zu erlangen, indem er ihnen unter anderem vorspiegelte, er sei Privatsekretär des Direktors der Deutschen Bank und könne die Summen glänzend anlegen. Er verschleuderte viel Geld für Theaterbillette, die er als angebliche Freibillette verschenkte, kaufte Pretiosen, riesige Mengen von Schreibmaterialien, eine 7 Centner schwere Schnellpresse u. s. w., ohne davon etwas zu benutzen. Zahllose Geschäftsbriefe diktierte er, ohne je einen abzuschicken. Mit einer Puppe unterhielt er sich, behandelte sie wie seine Frau, bis er sich mit einer Komptoiristin verlobte, die ihn allmählich zum Eingeständnis der Verlogenheit all seiner Behauptungen brachte. Ausser Gesichtsfeldeinengung, Hypalgesie und umschriebener Anästhesie war nichts körperlich Abnormes feststellbar. Illusionen waren wahrzunehmen, ebenso grössenwahnartige Ideen, sowie ein hypochondrischer Zustand, der sich auf Pollutionen bezog. Ausführlich werden sehr charakteristische Auszüge aus der Schwindelkorrespondenz mitgeteilt. Die Geständnisse enthüllen die unbezwingliche Sucht, zu lügen ohne Zweck, nur aus Lust an der Lüge selbst. So z. B. „also ich wachte auf und wasche mich . . ., drehe alsdann die Uhren möglichst heimlich vor, . . . fragt meine Mutter, wie spät es ist, setze ich mindestens 10 Miuuten zu oder ab.“ — „Eine Lüge, was man so nennt, bezweckt doch etwas; aber was hat das für einen Sinn?“ Das Gutachten H.'s bezeichnet unter Hinweis auf die Anamnese und die vielen Schwindeleien, bei denen jede Absicht, andere zu schädigen, ausgeschlossen war, das Gebahren als das eines geisteskranken Phantasten und nimmt den Schutz des § 51 für ihn in Anspruch. H. möchte den Fall nicht direkt als hysterische Psychose auffassen. Bei der psychologischen Analyse des eigenartigen Bewusstseinsinhalts, in dem zwar die Phantasievorstellungen herrschten, während doch noch ein Rest von korrekter Wahrnehmung und von Kritik bestand, der den Pat. z. B. vom Absenden seiner Schwindelbriefe abhielt, zieht H. in überzeugender Weise analoge Verhältnisse in der Hypnose, im Traumleben, im Alkoholdelirium

heran und verweist auch auf den Phantasieanteil in der dichterischen Thätigkeit, sowie auf die in der Litteratur niedergelegten Schilderungen von Phantasten in der Art von Tartarin oder Peer Gynt. Weygandt (Würzburg).

---

127) **William Glassell Somerville** (Tuscaloosa, Ala.): Needed reforms in the management of youthful and insane criminals.

(The Medic. Rec. 27. Juli 1901).

Es giebt zwei Hauptursachen, die den Menschen zu dem machen, was er ist: Die Vererbung bestimmter Neigungen und die von Erziehung und Umgebung abhängenden Einflüsse. Will man daher dem Verbrecher gerecht werden, so berücksichtige man nicht sein Verbrechen allein — dasselbe ist nur ein Symptom einer fehlerhaften Organisation —, sondern man untersuche vor allem den Verbrecher, geradeso wie den mit einer körperlichen Krankheit Behafteten, inbezug auf Familie, Heredität, physisch und psychologisch charakteristische Merkmale, Erziehung — kurz, man stelle von ihm eine möglichst vollständige klinische Geschichte zusammen, um zu entdecken, ob sein Defekt ererbt oder erworben, besserungsfähig oder — unfähig ist. — Verf. bespricht die einzelnen von Ferri in seiner Criminal Sociologie aufgestellten Verbrecher-Klassen. Die Klasse der „kriminellen Wahnsinnigen" umfasst diejenigen Leute, die infolge von Mordmanie, moral insanity, unter Umständen auch von Paranoia Verbrechen begehen. Da in derartigen Fällen die Geisteskrankheit gewöhnlich ererbt oder bis zur Pubertät oder einer spätern Lebensperiode latent ist, so besteht zwischen ihnen und den Fällen der zweiten, die „geborenen Verbrecher" begreifenden Klasse eine nahe Verwandtschaft. Die Angehörigen beider Klassen sind von Geburt aus defekt, daher moralisch für ihre Degeneration nicht verantwortlich. Wohl aber sind sie, wie alle übrigen Verbrecher gesetzlich verantwortlich, und deshalb seitens des Staates durch Einsperrung unschädlich zu machen. Die die dritte Klasse bildenden „Gewohnheits-Verbrecher" begehen in der Regel ihr erstes, fast immer in Diebstahl bestehendes Verbrechen in der Jugend, und zwar meist infolge von moralischer Schwäche. Ererbte Neigungen spielen dabei eine weit geringere Rolle als andere Umstände. Je ungünstiger letztere sind, um so leichter erfolgen dann Rückfälle. — Der „Gelegenheits-Verbrecher" wird durch gewisse körperliche und soziale Verhältnisse zum Verbrechen getrieben. Er erleidet leicht Rückfälle, sobald Versuchungen an ihn herantreten. — Der „Verbrecher aus Leidenschaft" endlich begeht die meist zuvor nicht überlegte That gewöhnlich gegen eine Person im Aerger oder um seine Ehre zu verteidigen. Rückfälle finden selten statt. — Inbezug auf Reformen in der Behandlung jugendlicher und geisteskranker Verbrecher spricht sich Verf. dahin aus, dass die geborenen Verbrecher als unbesserungsfähig zeitlebens, und vor allem abgesondert von allen übrigen Verbrechern, eingesperrt werden sollen. Ferner wünscht er, dass bei allen andern eines Verbrechens Ueberführten das Verdikt der Richter zu lauten habe: „Einzusperren, bis Besserung unzweifelhaft". Alle diese Leute, namentlich auch die jugendlichen und geisteskranken Verbrecher, sollen zur körperlichen, im besonderen zur landwirtschaftlichen Arbeit gezwungen und zugleich je nach ihren Fähigkeiten und Anforderungen in Litteratur, Ethik, Philosophie, Körperpflege u. s. w.

unterrichtet werden. Endlich verlangt Verf., dass die geisteskranken Verbrecher wegen der demoralisierenden Wirkung, die sie erfahrungsgemäss auf harmlose Geisteskranke ausüben, in besonderen, streng abgeschlossenen Anstalten untergebracht werden: das gewöhnliche Irrenhaus reiche für eine grössere Anzahl solcher Kranken nicht aus. Voigt.

---

128) **T. D. Crothers** (Hartford, Conn.): Some facts of responsibility in spirit and drug takers.

(The Medic. Rec. 13. April 1901).

Die Beantwortung der Frage, ob ein eines Verbrechens Angeklagter, der vor oder zur Zeit der That Spirituosen zu sich nahm, für diese That gesetzlich verantwortlich sei, darf in jedem Falle nur nach gründlicher Erforschung seiner Geistesbeschaffenheit erfolgen. Hat man Grund zu der Annahme, dass der Thäter zur Zeit der That geistig nicht normal war, so vermindert sich der Grad seiner Verantwortlichkeit. Findet man, dass der Betreffende an Wahnvorstellungen oder an absonderlichen, ungewöhnlichen Meinungen leidet, die das Betragen beeinflussen und zu schiefen Urteilen Veranlassung geben, oder geht seine geistige Thätigkeit in impulsiver, unvernünftiger Weise, augenscheinlich unter einem unwiderstehlichen Drange vor sich, so steht das Vorhandensein geistiger Unfähigkeit fest. Die Frage, ob diese Unfähigkeit sich auch auf das Unterscheidungsvermögen zwischen Recht und Unrecht erstreckt, ist in allen Fällen schwierig zu entscheiden. Verf. schildert den verderblichen Einfluss des Alkohols auf den gesamten Organismus: das Herz, die Sinnesorgane, das Nervensystem, die höheren Hirncentren werden durch ihn langsam, aber sicher der Lähmung zugeführt. Die Begriffe von Recht und Unrecht, von Pflicht, Verpflichtung und Verantwortlichkeit verwirren sich mehr und mehr. Und wenn der Betreffende auch noch eine Zeitlang imstande ist, seine gewohnte Thätigkeit auszuüben, ohne mit andern in Konflikt zu geraten, so ist er doch ein reines geistiges Wrack, das der Gnade seiner Umgebung und der unsicheren Lebensumstände überlassen bleibt. Mit dieser wissenschaftlich festgestellten Thatsache stehen die heute meist noch massgebenden gesetzlichen Bestimmungen nicht im Einklang. Die Interpretation des Gesetzes, dass in Fällen von Trunkenheit bestimmte Grenzen zwischen Verantwortlickkeit und Nichtverantwortlichkeit gezogen werden können, ist eine Täuschung. Das Bestreben, eine Trennungslinie zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit zu finden, ist ein ebenso vergebliches, wie der Versuch, zu bestimmen, ob das Gehirn imstande war oder nicht imstande war, seine Thätigkeit zu kontrollieren. Die seltsame, in den gesetzlichen Begriffen von Trunkenheit angenommene Theorie, dass Alkohol in Intervallen oder fortlaufend bis zum Exzess genommen werden und der Betreffende doch den vollen Besitz seiner geistigen Fähigkeiten und dieselbe Kontrollkraft wie in gesunden Tagen behalten könne, diese Theorie ist ebenso irrtümlich wie die Meinung, dass die vor oder während der bestimmten That vorhandene Alkohol-Intoxikation für die Beurteilung des Verbrechers nicht in Betracht komme, ausser wenn zugleich an dem Thäter deutliche Zeichen von Geisteskrankheit festgestellt seien. Woraus soll man denn nnn aber im gegebenen Falle die Frage beantworten, ob der dem Alkohol ergebene Thäter für seine

That verantwortlich ist oder nicht? Nicht aus Theorien, sondern einzig und allein aus dem, was die genaue Untersuchung an Thatsachen rücksichtlich Vererbung, Wachstum, Bildung, Gesundheit, Krankheitserscheinungen, Einfluss der Umgebung, Beschäftigung und Klima — überhaupt die ganze physiologische, pathologische, psychologische Geschichte des Betreffenden ergeben hat. Stelle genau, schliesst Verf., die Geschichte des Thäters und der That fest, und das Problem ist gelöst; versäume das zu thun und Verwirrung, Ungerechtigkeit und Unrecht sind die notwendigen Folgen. Voigt (Oeynhausen).

V. Vermischtes.

Gorjki's Schilderung eines Dipsomanen.

Maxim Gorjki, der moderne Schilderer der kleinen Leute seiner russischen Heimat, hat fast in gleichem Masse wie sein genialer Landsmann Dostojewski die Gabe, abnorme Menschen und pathologische Charaktere anschaulich und wahrheitsgetreu darzustellen. Namentlich sind es auch bei ihm epileptische und epileptoide Krankheitsäusserungen, die er mit verblüffender Treue schildert. So findet sich in seiner Novelle „Konowalow" die Beschreibung eines Dipsomanen, die in ihrer scharfen Charakterisierung sowohl der Anfälle, als auch der gesamten Persönlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt.

Konowalow ist ein braver, stiller Mensch, nachdenklich und grüblerisch, schweigsam, treu und zuverlässig, so lange ihn nicht die Krankheit in der Gewalt hat. Er ist ein grosser, breitschulteriger Bäckergeselle, ein guter und unermüdlicher Arbeiter, wenn er gesund ist. „Er ist Gold wert, aber auch ein Trunkenbold," sagt sein Arbeitgeber von ihm. „Doch er trinkt nur zeitweise. Er wird jetzt kommen, wird an die Arbeit gehen und wird drei, vier Monate wie ein Bär herumarbeiten. Da kennt er keinen Schlaf, keine Ruhe, frägt nicht nach dem Lohn, nimmt soviel, als man ihm giebt. Er arbeitet und singt." „Er singt und singt, dann fängt wieder das Trinken an." „Und wenn er einmal trinkt, dann kennt er keine Grenzen. Er trinkt so lang, bis er krank ist und alles vertrunken hat. Ob er sich da schämt, oder was es ist, aber er verschwindet irgendwohin, wie der böse Geist vor dem Weihrauch."

Konowalow selbst schildert in geradezu klassischer Weise seine dipsomanischen Anfälle. Er hatte mit einer Kaufmannsfrau unerlaubte Beziehungen gehabt, hatte sie sehr geliebt und dann plötzlich alle Beziehungen abgebrochen. Darüber befragt, sagt er zu seinem Freunde: „Weisst du, über mich kommt manchmal eine Bangigkeit. So eine Bangigkeit, kann ich dir sagen, mein Bruder, dass ich dann unmöglich leben kann, es geht nicht. Als wär ich der einzige Mensch auf der ganzen Welt, und als wäre ausser mir nichts Lebendiges da. Und alles wird mir dann zuwider, alles, was da ist; und ich selber werd' mir zur Last, und wenn alle Menschen sterben würden, ich würde nichts dazu sagen! Wahrscheinlich ist das so eine Krankheit bei mir. Ich hab' dann auch zu trinken angefangen; früher hab' ich nicht getrunken. Es ist also die Bangigkeit über mich gekommen, und ich sag zu der Kaufmannsfrau: ‚Wjera

Michailowna! Lass mich fort, ich kann nicht mehr.'" „Ich kann mich selber nicht vertragen" . . . „Und doch bin ich fort von ihr," (sc. obwohl sie sehr gut war) weil die Bangigkeit kam. Es zieht mich irgendwo hin" . . .

Den ersten Beginn der dipsomanischen Verstimmung schildert er, wie folgt: (auf die Frage, ob er gut singe) „Ich singe . . ., doch thu ich's nur manchmal, wenns über mich kommt. Es wird mir bange und dann singe ich . . . . Und wenn ich zu singen anfange, wirds mir bang. Schweig lieber davon . . . lass mich in Ruh."

Sein Zustand ist ihm selbst unerklärlich. „Es wird also etwas in mir selbst nicht in Ordnung sein . . . . Ich bin wohl nicht so zur Welt gekommen, wie ein Mensch soll" . . . . „Ich geh einen besonderen Weg . . . Und ich bin nicht allein — es giebt viele solche. Wir werden wohl besondere Menschen sein . . . und passen in keine Ordnung hinein. Wir brauchen eine besondere Rechnung . . . auch besondere Gesetze, . . . sehr strenge Gesetze — um uns aus dem Leben auszutilgen! Denn wir bringen keinen Nutzen, nehmen darin nur Platz ein und stehen andern im Wege . . . Wer ist vor uns schuldig? Wir sind selbst vor uns und vor dem Leben schuldig . . . Denn wir haben keine Lust zu leben und haben in uns selbst kein Gefühl. Unsere Mütter haben uns nicht zur rechten Stunde empfangen . . . darin liegts . . . "

Der Beginn eines Trink-Anfalls wird vom Dichter packend geschildert: die Gemütsdepression, die Gereiztheit und Unzulänglichkeit, ein apathisches Wesen, die Schlaflosigkeit, dann die beginnende Erregung mit leidenschaftlichen Selbstanklagen und endlich die Gier nach Alkohol. „Das Trinken fängt an . . ., bald werde ich wild, das heisst, ich fange an, den Branntwein in mich zu giessen . . . Er brennt schon innen bei mir . . . wie Sodbrennen, weisst du, . . . als ob da in mir eine heisse Kohle glüht . . . ."

Mit trefflicher Schärfe kennzeichnet Gorjki den Unterschied im Wesen des Mannes während und ausserhalb seiner periodischen Verstimmungen. Er beschreibt seinen Charakter als den eines grossen naiven Kindes („ein kranker Mensch mit klaren Kinderaugen"), erwähnt seine Rührseligkeit und leichte Erregbarkeit, seine Gutmütigkeit und seine Freude an intensiver Arbeit, seine Redesucht und seine Weitschweifigkeit, sein Mitleid mit einer Prostituierten, die er von der polizeilichen Kontrolle frei machen wollte, weil sie ihn als halbes Kind dauerte, seine Naturfreude, die Selbstvorwürfe, die sich der Kranke nach seinen Anfällen über sein Laster macht. So sagt er einmal zu seinem Kameraden: „Und dann habe ich dich ja gebeten, mich mit verschiedenen Worten zu schimpfen . . ." Obwohl Konowalow sich selbst als Trunkenbold bezeichnet und auch von andern so genannt wird, so weiss der Dichter ihn sehr wohl vom Trinker zu unterscheiden. Und auch das ist ihm bekannt, dass solch ein Kranker ausserhalb seiner Verstimmungen Alkohol trinken kann, ohne dadurch in einen Trinkanfall zu verfallen. Konowalow trinkt nicht bloss im Anfall, aber er trinkt nur im Anfall bis zur Sinnlosigkeit. In seinen Anfällen vertrinkt er sein Hab und Gut, hält seine Zechbrüder frei, gerät in eine wilde Erregung, giesst Schnaps und Bier in sich hinein, um sich zu betäuben, verliert durch seinen Wandertrieb seine Stellung und kommt mit der Polizei in Konflikt; er wird Landstreicher und endet im Gefängnis durch Selbstmord. Die Aehnlichkeit mit manchen der von mir und anderen geschilderten Kranken ist augenfällig. Es liegt mir ferne, hier darzulegen, durch welche poetischen Mittel es

dem russischen Dichter gelingt, das traurige Leben eines Dipsomanen in eine künstlerische Beleuchtung zu rücken. Ich wollte nur zeigen, wie der scharfe Beobachter menschlichen Elends es verstanden hat, ein Krankheitsbild klar zu erfassen und lebensvoll wiederzugeben. Gorjki's Schilderung des Pathologischen ist gut und wahr; er ist frei von der üblen Gepflogenheit mancher Modernen, zur Erzielung starker Effekte den Charakteren krankhafte Züge aufzupfropfen, Züge, die in der Wirklichkeit niemals so vorkommen, wie sie der Dichter in tendenziöser Weise erfindet (vergl. z. B. Ibsen's Gespenster). Jene erfinden eben ihre Kranken am Schreibtisch, vielleicht auch (wie z. B. Björnson) mit Hilfe von medizinischen Büchern, Gorjki schildert, was er sieht und erlebt.

Gaupp.

Der „Verlag Aufklärung" (Berlin W. 35) giebt unter der Ueberschrift „Am Anfang des Jahrhunderts" eine Sammlung kleiner populärwissenschaftlicher Abhandlungen heraus, die zum Teil von hervorragenden Gelehrten verfasst sind. Es seien hier erwähnt: Grotjahn: Die hygienische Kultur im 19. Jahrhundert; Blaschko: Die Prostitution im 19. Jahrhundert; W. Bölsche: Die Entwicklungslehre im 19. Jahrhundert; J. Zadek: Die Medizin im 19. Jahrhundert. Die Hefte, in denen ein Rückblick auf die wissenschaftlichen Leistungen des letzten Jahrhunderts gegeben wird, sind beachtenswert. Preis des Heftes 30 Pf. G.

„Wirtschaft und Mode" betitelt sich eine Arbeit Werner Sombart's, des bekannten Breslauer Nationalökonomen (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XII. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902), die durch die geistvolle Art, wie sie den Zusammenhang wichtiger Erscheinungen im Kulturleben der Gegenwart darlegt, auch das Interesse weiterer Kreise zu erregen vermag. Auf den Inhalt der Schrift genauer einzugehen, ist hier nicht der Ort. G.

Unter dem Titel: „Der neue Zolltarif und die Lebenshaltung des Arbeiters" hat Hans Kurella, der frühere Redakteur dieses Centralblattes, eine Abhandlung erscheinen lassen (Handelspolitische Flugschriften No. 3, Berlin, Julius Springer, 1902), in der er, auf die Ergebnisse der Statistik sich stützend, die Gefahren darlegt, die besonders auch der Gesundheit des Arbeiters und seiner Familie aus einer namhaften Verteuerung der wichtigsten Lebensmittel erwachsen. G.

Die Geschäftsführer der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte (die am 24. und 25. Mai in Baden-Baden stattfinden wird), Professor Kraepelin (Heidelberg) und Medizinalrat Fischer (Pforzheim) bitten die Fachgenossen, die auf der Versammlung einen Vortrag halten wollen, um Angabe der Themata bis Ende April. G.

Die Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte findet dieses Jahr, wie bekannt, in Karlsbad in der Zeit vom 21. bis 27. September statt. Die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie (19. medizinische Hauptgruppe) hat zu Einführenden Dr. E. Gans (Karlsbad) und Professor

A. Pick (Prag), als Schriftführer Dr. A. Margulies (Prag). Der Vorstand der Abteilung bittet die Fachgenossen Vorträge und Demonstrationen, wenn möglich bis zum 15. Mai, bei Professor Pick (Prag, Jungmannstr. 14) anmelden zu wollen. G.

E. Merck's (Darmstadt) Bericht über das Jahr 1901 enthält ausser einer Originalmitteilung („Zur Opiumuntersuchung") eine übersichtliche Zusammenstellung neuer pharmaceutischer Präparate, über deren Verwendung kurze Referate unter Litteraturangabe berichten. Den Neurologen und Psychiater interessieren vor allem die Mitteilungen über die neueren Hypnotica, Narcotica, Sedativa, Nervina. Es sei auf die Artikel über Acetopyrin, Kakodylsäure, die neueren Brompräparate, Chloreton, Dionin, Dormiol, Hedonal, Jodipin, Lecithin, die Orgentherapeutischen Präparate, Pyramidon, Santonin, Thebain hingewiesen.

Von H. Oppenheim's Lehrbuch der Nervenkrankheiten, das jüngst in 3. Auflage erschien, sind Uebersetzungen ins Italienische, Russische und Spanische in Vorbereitung. G.

Am 1. Februar starb in Florenz Jacopo Finzi im Alter von 29 Jahren am Typhus. Er stand im Begriff, sich für Psychiatrie zu habilitieren. Er war ein grosser Freund der deutschen Psychiatrie und bemühte sich sehr, den Anschauungen deutscher Psychiater (Kraepelin, Wernicke, Ziehen) in Italien Boden zu gewinnen. Tambroni widmet ihm im Giornale di Psichiatria clinica e technica manicomiale (XXX, Gennaio-Marzo 1902) einen warmen Nachruf. G.

Die Redaktion des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie bittet sämtliche Mitarbeiter, künftig alle Beiträge (Originalartikel, Vereinsberichte, Referate, Kritiken, Notizen) an Privatdozent Dr. Gaupp in Heidelberg, Bergheimerstrasse 56, zu senden.

Um spontane Einsendung von Separatabzügen, Personalnotizen etc. an die Redaktion **Privatdozent Dr. Gaupp, Heidelberg,** wird gebeten.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Südende-Berlin und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die „Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik“, herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) pro Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 Mai.** Neue Folge. XVII. Bd.

I. Originalien.

I. Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

Von **Prof. Dr. Gustav Aschaffenburg,**
leitendem Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Verbrecher am Strafgefängnis in Halle a. S.

I.

Auf keinem Gebiete der Irrenfürsorge im weitesten Sinne des Wortes bestehen solche Schwierigkeiten, wie bei der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Jedesmal, wenn ein Staat eingreifende Aenderungen baulicher oder administrativer Natur in seinen Irrenanstalten vorzunehmen hat, wird diese Frage von neuem diskutiert. So hat auch die „Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung“*) als Lösung für die badischen Verhältnisse

*) G. Braun'sche Hofbuchdruckerei in Karlsruhe.

vorgeschlagen, einen für 20—25 Männer genügenden Pavillon in der neuzuerrichtenden Irrenanstalt in der Nähe von Heidelberg zu erbauen.

Dass die Frage nach der zweckmässigsten Versorgung geisteskranker Verbrecher nicht zur Ruhe kommen will, hat seinen guten Grund. Handelt es sich doch um eine Kollision der verschiedensten Interessen, die restlos zu vereinigen nicht angeht, der Interessen nämlich des Strafvollzugs, der öffentlichen Rechtssicherheit, der Irrenanstalten und endlich der Kranken selbst.

Am leichtesten zu befriedigen sind die Forderungen des Strafvollzuges. Dieser hat mit dem Geisteskranken nichts zu thun. Das wirksamste Mittel des Strafvollzuges ist die gleichmässige Aufrechterhaltung der Arbeitsdisziplin und die Erziehung zur Ordnung und zu pünktlichem Gehorsam. Es bedarf wohl keines Wortes, wie sehr jeder psychisch Kranke dazu beitragen muss, diese Forderungen zu erschweren. Am wenigsten noch derjenige, dessen Störungen so auffällig sind, dass sie jeder sofort erkennen kann. Eine mildere und nachsichtigere Behandlung dieser Kranken kann die Disziplin kaum untergraben. Anders aber der besonnene Geisteskranke. Das Märchen von der Häufigkeit zielbewusster Simulation spukt in der Laienwelt und bei den Juristen wohl noch lange. So darf es nicht wundernehmen, wenn ein solcher Kranker immer wieder den härtesten Disziplinarstrafen unterworfen wird. Hat aber der Strafanstaltsleiter die Psychose, durch den Arzt belehrt oder gelegentlich, wie es auch vorgekommen ist, einsichtiger als der Arzt selbst erkannt, so ist damit die Gefahr für die Disziplin erst recht gross. Die Mitgefangenen werden die milde Behandlung und Nachsicht nicht auf den Zustand zurückführen, sondern Parteilichkeit seitens der Anstaltsleitung vermuten. Deshalb muss der Kranke aus den gemeinsamen Arbeits- und Schlafräumen entfernt werden, oft auch, um ihn den Hänseleien und dem Gereiztwerden durch die andern Sträflinge zu entziehen. Die Einzelhaft ist aber, obgleich ich nicht an sehr schwere Schädigungen durch die Einsamkeit selbst glaube, aus vielen Gründen oft unthunlich. Der Kranke ist sich und seinen Vorstellungen allzusehr überlassen; die Gefahr des Selbstmordes und der Selbstverstümmelung ist ebenfalls nicht zu unterschätzen.

So verlangt also die Aufrechterhaltung der Anstaltsdisziplin die Ausscheidung der Geisteskranken. Sie ist aber auch notwendig im Interesse des Strafvollzuges im allgemeinen. Die Voraussetzung der Strafbarkeit einer Handlung ist die Zurechnungsfähigkeit, die Voraussetzung des Strafvollzuges seine Wirksamkeit. Ob man nun den Zweck der Strafe als Beugung unter die Rechtsordnung, als Ausgleichung der verletzten sittlichen Verpflichtung, als Besserung oder Abschreckung ansieht, alle

diese Wirkungen gehen fehl, wenn ihr Objekt ein Geisteskranker ist. Wenn ein Geisteskranker trotz psychiatrischer Begutachtung verurteilt wird, empört sich unser Gefühl; erkrankt aber ein Verbrecher, so scheint es vielen Irrenärzten nicht notwendig, nunmehr auch für diesen die Fürsorge des Psychiaters zu verlangen. Unsere Strafprozessordnung hat in Ermangelung eines eigenen Strafvollzugsgesetzes durch § 487 verhindern wollen, dass Geisteskranke in die Strafhaft kommen, wenn sie verurteilt sind. Es ist aber verabsäumt worden, auch für die während der Abbüssung der Strafe Erkrankten reichsgesetzliche Vorschriften zu geben, wenigstens insoweit, als unheilbare Erkrankungen in Betracht kommen.

Innerhalb des Strafvollzuges haben Geisteskranke nur so lange Platz, als sie noch strafvollzugsfähig sind. Um die Entscheidung darüber möglichst schnell im allseitigen Interesse treffen zu können, sind in Preussen Spezialanstalten an Gefängnissen bezw. Zuchthäusern eingerichtet worden. Nachdem sich durch den Versuch in Moabit, wo die erste preussische Irrenbeobachtungsabteilung gebaut worden war, diese Einrichtung als zweckmässig erwiesen hatte, kamen in rascher Folge ähnliche Anstalten in Breslau, Köln a. Rh., Münster i. W., Halle a. S. und Graudenz an die Reihe. Jeder dieser Anstalten, deren maximale Belegzahl zwischen 40 und 50 schwankt, werden aus einem bestimmten Teile Preussens (Halle z. B. bezieht seine Kranken aus den Strafanstalten der Provinzen Sachsen, Hannover und des Regierungsbezirkes Kassel) alle innerhalb des Strafvollzuges Erkrankten oder psychisch Verdächtigen zugewiesen. In erster Linie zu Heilungsversuchen; stellt sich heraus, dass eine Wiederherstellung des Kranken nicht erwartet werden kann, der Strafvollzug aber weitere Schädigungen für den Kranken mit sich bringen, andererseits die Ordnung der Strafanstalt durch den Kranken Gefahr leiden würde, so erfolgt durch gemeinsame Entschliessung der beteiligten Ministerien (der Justiz und des Inneren) die Erklärung der Strafvollzugsunfähigkeit. Damit hört der Kranke auf, Objekt der Strafrechtspflege zu sein, und es ist die Sache der Irrenfürsorge, für seine zweckmässige Unterbringung zu sorgen.

Hier beginnen aber auch sofort die Schwierigkeiten; neben den rein ärztlichen Gesichtspunkten verlangt auch die öffentliche Rechtssicherheit Berücksichtigung. Jeden geisteskranken Verbrecher ohne weiteres in die Freiheit zu entlassen, geht nicht wohl an. Allerdings hat unsere deutsche Strafgesetzgebung bei den auf Grund des § 51 Freigesprochenen nicht wie bei den Jugendlichen gleichzeitig auch die Direktive gegeben, was nun mit den Kranken geschehen muss. Darin sind die Strafgesetzbücher mancher Staaten (z. B. Bulgarien, Dänemark, England, Italien,

Niederlande, Russland, Spanien*) dem unsrigen überlegen. Der wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochene, wie der nach teilweise verbüsster Strafe entlassene geisteskranke Rechtsbrecher bedeuten eine Gefahr für die öffentliche Rechtssicherheit, deren Grösse abhängig ist von seiner Psychose und von seiner Veranlagung. Im Falle der Begehung neuer Strafthaten kann er wegen seiner Geisteskrankheit nicht bestraft werden; andererseits kann seine Gefährlickkeit durch die Psychose gesteigert werden. Sie kann zugenommen haben, muss aber nicht grösser geworden sein; es kann vorkommen, dass ein Gewohnheitsverbrecher, infolge Verblödung stumpf und energielos geworden, seine bedenklichen Eigenschaften völlig verliert. Aber all das ist nicht leicht zu entscheiden, die Verantwortung des Irrenarztes bei der Entlassung ist eine äusserst grosse. Allerdings könnte er sich wohl darauf berufen, dass uns auch die Strafgesetzgebung nicht vor den Verbrechern schützt, dass sogar unsere Gesetze nach abgesessener Strafe einen Menschen ohne weiteres auf die Gesellschaft loslassen, dessen Rückfälligkeit mit absoluter Sicherheit erwartet werden kann, der also in viel höherem Grade bedenklich ist, als unter Umständen ein Kranker. Gleichwohl wäre es ein Unrecht, uns hinter die Lücken unserer Strafpolitik zu verschanzen; wir müssen dem Rechnung tragen, dass die Sicherheit des Rechtsstaates nicht durch Verbrechen Geisteskranker gefährdet werden darf. Diese Sicherheit kann aber — vereinzelte Ausnahmen abgerechnet — nur gewährleistet werden, wenn der Kranke in einer Irrenanstalt untergebracht wird.

Damit kommen wir in das strittige Gebiet, welche Art der Unterbringung geisteskranker Verbrecher am zweckmässigsten ist. Vor allem muss eins betont werden, die vielfach verlangten Adnexe an Strafanstalten widersprechen unserer deutschen Gesetzgebung. Der Strafvollzug hat mit dem auf Grund des § 51 Freigesprochenen sowie mit dem Kranken, der seine Strafe abgebüsst hat, nichts mehr zu thun.**) Noch weniger natürlich mit einem Patienten, der zwar verbrecherische Neigungen zeigt, aber niemals ex officio mit den Gerichten Berührung hatte. Ich glaube, hier sollte wenigstens eine völlige Uebereinstimmung leicht zu erzielen sein. Strafrecht und Strafvollzug werden aus rechtlichen wie aus praktischen Gründen auf die Kranken verzichten. Noch entschiedener sollten die Irrenärzte sich jedem Versuche widersetzen, Kranke in irgendwelchen Zusammenhang mit Strafanstalten zu bringen. Seit Jahrzehnten führen wir mit gutem Erfolg den Kampf gegen die Vorurteile, ob diese nun

*) Vergl. meine Zusammenstellung in Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. S. 74.

**) Krohne, Lehrbuch der Gefängniskunde. 1889. S. 453.

eine geistige Störung als Besessenheit oder als verbrecherische Neigung bezeichnen.*) Die Handlungen eines Geisteskranken sind ihm nicht zuzurechnen, und wenn sie auch in gefährlichen Angriffen auf die Person, in Beleidigungen, sexuellen Delikten bestehen, für uns ist er vor allem ein Kranker, den wir vor dem Gefängnis zu schützen haben. Waldheim im Königreich Sachsen nimmt allerdings auch Kranke auf, die sich „wegen verbrecherischen Vorlebens und verbrecherischer Individualität für die öffentliche Irrenanstalt nicht eignen.“**) Damit ist aber weder dem Kranken noch der Strafrechtspflege gedient. Vielleicht aber den Irrenanstalten?

Hier liegt der springende Punkt der ganzen Schwierigkeit. Die Irrenheilkunde hat im Laufe des verflossenen Jahrhunderts gewaltige Fortschritte gemacht. Die Narrentürme und Gefängnisse haben dem Krankenhause weichen müssen; die Drehstühle, Säcke und Zwangsjacken der Bettbehandlung, dem Dauerbad, der Einschränkung oder Abschaffung der Zellenisolierung. Die landwirtschaftlichen Kolonien mit ihrem offenen Thür-System sind für die Unterbringung gefährlicher Kranker nicht geeignet. Eine Behandlung, die auf Beseitigung jeder an Zwang erinnernden Massregel zugespitzt ist, wird durch Anhäufung solcher Elemente, die eine derartig freie Behandlung nicht vertragen oder erlauben, geradezu unmöglich gemacht.

Dieser Gedanke veranlasst die Stellungnahme vieler Irrenärzte, die alle Verbrecher in eigenen Anstalten zu sammeln wünschen. Solche Institute bestehen schon lange im Auslande; Italien besitzt ihrer drei. Das Urteil über dieselben ist sehr verschieden. Schon die Zuweisung der Kranken ist nicht unbedenklich. Sollen nur Verbrecher, die nach langer krimineller Laufbahn psychisch erkrankt sind, dort Aufnahme finden oder auch Kranke, die während der Erkrankung gegen die Gesetze verstiessen? Es ist gewiss nicht erfreulich für die Angehörigen eines Patienten, zu wissen, dass er in einer Landesanstalt mit ehemaligen Verbrechern in Berührung kommt, wie das jetzt geschieht. Aber es ist wohl noch trauriger, einen Menschen, der das Unglück gehabt hat, im Beginne einer Psychose irgend etwas anzurichten, deshalb mit dem Odium eines verbrecherischen Geisteskranken zu brandmarken. Soll ein sonst harmloser Paralytiker, der in seinem gehobenen Selbstgefühl etwas stiehlt, deshalb in eine Kriminalirrenanstalt kommen? Auch dann schon, wenn es sich

*) Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich bin nicht der Ansicht, dass Verbrechen und Geisteskrankheit identisch sind; ich rede an dieser Stelle nur von Kranken, die trotz ihrer Psychose bestraft werden.

**) Günther, Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher. S. 1893.

um eine Kleinigkeit handelt, oder erst, wenn der Wert des Gestohlenen sehr erheblich ist? Härten und eine gewisse Parteilichkeit werden kaum zu vermeiden sein.

Der Hauptgrund des Widerstands gegen die Aufnahme antisozialer Elemente ist der, dass man von ihrer Anhäufung Schwierigkeiten für den Anstaltsbetrieb fürchtet. Die Erfahrungen haben diese Befürchtung bestätigt. Ueberall, wo auf engem Raume eine grössere Anzahl solcher Individuen zusammenstiessen, kamen Entweichungen, Ausbrüche, Revolten vor, umsomehr, je besonnener die Kranken waren. Gerade diese Erfahrungen aber weisen darauf hin, dass die Anhäufung das Bedenkliche ist. Sander, der doch gewiss an seiner Dalldorfer Verbrecherabteilung genügend Erfahrungen sammeln konnte, hat stets dieser Ansammlung bedenklicher Kranker die Zerstreuung auf verschiedene Stationen vorgezogen. Wenn immer nur einige Wenige auf einer Abteilung beisammen sind, so finden sich stets zahlreiche harmlose Kranke dabei, die der Komplottierung entgegenwirken, geradezu als Puffer dienen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch diese aufgehetzt werden, aber die kleine Anzahl der Gefährlichen ermöglicht eine bessere Beaufsichtigung und leichtere Ablenkung. Alle diese Erwägungen sprechen doch entschieden gegen die Kriminalirrenanstalten und gegen die Kriminalabteilungen. Erstere zu füllen würde auch bei grossen Gebieten nur dann möglich sein, wenn man alle unbequemen Kranken dahin abschöbe; wir kämen dadurch, nachdem wir die Trennung zwischen Heil- und Plegeanstalten eben mühsam überwunden haben, zu einer Scheidung zwischen Irrenanstalten ersten und zweiten Ranges. Ist denn die Zahl der verbrecherischen Geisteskranken und der geisteskranken Verbrecher überhaupt so gross?

In der Irrenklinik in Heidelberg war der Prozentsatz solcher Kranker von jeher sehr hoch. In drei verschiedenen Jahren konnte ich an beliebigen Tagen einen Prozentsatz von 37, von 57 und 43 unter den Männern feststellen.*) Dabei blieben leichtere Vergehen, wie Bedrohungen, Beleidigungen u. dgl. unberücksichtigt. Diese Anhäufung krimineller Kranker hatte seine guten Gründe. Einmal darin, dass sich die Ueberführung solcher Patienten in die Pflegeanstalten oft besonders lange, zuweilen über ein Jahr verzögerte. Dann kommen die mit Strafende aus der Irrenabteilung am Strafgefängnis in Bruchsal Entlassenen, sowie die erkrankten Insassen des Arbeitshauses in Kislau alle nach Heidelberg. Endlich zeichnet sich die Heidelberger und Mannheimer Gegend, die Hauptaufnahmequelle der Klinik, durch eine im Vergleich zu dem übrigen Deutschland ungemein grosse Kriminalität aus.

*) Ueber gefährliche Geisteskranke. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 57, S. 138.

Die hohe Zahl verbrecherischer Kranker veranlasste mich 1899 zur Prüfung, wie sich diese in den Rahmen einer Anstalt einordnen, die jede Restrainierung, abgesehen von der äusserst selten angewendeten Isolierung, aufs strengste verpönt. In $8^1/_2$ Jahren wurden 281 Kranke aufgenommen, in deren Leben irgend eine kriminelle That von Bedeutung gewesen war; darunter befanden sich Mörder, Brandstifter, Sittlichkeitsverbrecher, Diebe, Hochstapler u. s. w. Ein objektiver Massstab fehlt natürlich, um die Schwierigkeiten für den Anstaltsbetrieb genau feststellen zu können; ich habe mich deshalb in zweifelhaften Fällen stets in pejus entschieden. Eine nennenswerte Erschwerung des Dienstes, sei es durch die Gefahr eines Ausbruches, sei es durch brutale Angriffe gegen die Umgebung, kam vor oder war zu erwarten bei 14 Kranken; bei weiteren 13 bestand eine geringere Gefahr in dieser Richtung. Unter diesen 27 waren im ganzen nur 4, die, soweit feststellbar, bereis vor Ausbruch ihrer Krankheit Verbrecher waren. Also in über acht Jahren waren im Höchstfalle 27 Kranke zu finden, die den Wunsch nach einer besonderen Abteilung wachrufen konnten. Und streng genommen, wiederum waren nur vier Kranke als geisteskranke Verbrecher zu bezeichnen. Bei allen aber überstieg das Mass der Gefährlichkeit nicht das auch von solchen Kranken gelegentlich erreichte, die niemals mit den Gesetzen in Konflikt gekommen waren; ausserdem endlich waren die Schwierigkeiten für den Anstaltsbetrieb fast stets in der Psychose begründet, nur selten in der kriminellen Vergangenheit, und dann speziell in der Entweichungsgewandtheit.

Bei der Verteilung der Aufnahmebezirke liess sich dieses Ergebnis für ganz Baden verwerten. Ich kam daher zu dem Schlusse, dass die Erbauung einer eigenen Anstalt für ein Land wie Baden völlig überflüssig sei.

Nun haben die Verfasser der Eingangs erwähnten Denkschrift einen Pavillon für 20—25 Männer zu errichten vorgeschlagen und zwar in der neuen Anstalt, die in die nächste Nähe Heidelbergs kommen soll. Diese Anstalt müsste also gleichzeitig als landwirtschaftliche Kolonie, denn anders wird man wohl keine grössere Pflegeanstalt mehr bauen, und als Ort zur Unterbringung gefährlicher Kranken dienen. Ich halte das nicht für prinzipiell ausgeschlossen, obzwar Bedenken aller Art auftauchen müssen. Die arbeitsfähigen Kranken bedürfen zum grössten Teil keiner sehr kostspieligen Einrichtungen. Einfache, den Anforderungen der Hygiene entsprechende, aber von jedem Luxus freie Wohn- und Schlafräume genügen vielfach; hohe Mauern und Eisengitter sind überflüssig. Mit dieser Verbilligung der Einrichtung muss umsomehr gerechnet werden, als Baden vor der Notwendigkeit steht, auf einmal zwei neue Anstalten zu bauen,

was nunmehr seitens sämtlicher Anstaltsleiter in Baden anerkannt wird. Die Anlage einer solchen Anstalt würde durch die Notwendigkeit, einen besonders festen Pavillon für gefährliche Geisteskranke zu errichten, sicher sehr verteuert werden. Die für den landwirtschaftlichen Arbeitsbetrieb notwendige Bewegungsfreiheit kontrastiert auch durchaus mit den Einrichtungen und dem Betrieb eines solchen Pavillons. Nicht unbedenklich ist schliesslich noch die Nähe der Städte Heidelberg und Mannheim; Verbindungen mit der Aussenwelt, mit Gesinnungsgenossen sind leicht anzuknüpfen und könnten zu den grössten Schwierigkeiten führen.

Alle diese Gründe sprechen entschieden gegen die Errichtung einer besonderen Abteilung in der Nähe von Heidelberg, und bei der kleinen Zahl von Kranken würde ihre Verteilung auf die sechs badischen Anstalten wohl die beste Lösung sein. Ein Grund allerdings spricht dafür, der mir wichtig genug zu sein scheint, um den Ausschlag zu geben. Die Notwendigkeit forensisch-psychiatrischer Ausbildung ist für Mediziner und Juristen eine unabweisbare Forderung geworden. Baden gerade ist insofern allen anderen deutschen Staaten vorangegangen, als mehrwöchige Kurse an Gefängnissen und Zuchthäusern für praktische Juristen eingerichtet wurden. Die Richter sollen nicht nur das Gefängniswesen kennen lernen, sondern auch die Wirkung auf die Gefangenen. Bei der Gelegenheit soll ihnen auch wenigstens soviel von der gerichtlichen Psychiatrie gezeigt werden, dass grobe Missgriffe vermieden werden. Dem gleichen Zwecke dienen die mehr und mehr in Aufnahme kommenden Vorlesungen und Demonstrationen in der forensischen Psychiatrie, die wohl jetzt an den meisten Universitäten gelesen werden. Diese möglichst mannigfaltig zu gestalten, wird das Bestreben jedes klinischen Lehrers sein, und deshalb ist ein grosses Material die Grundlage, deren Ausbau durch die ermöglichte Auswahl sehr erheblich erleichtert wird. Darum wäre es — vom Standpunkte der Universitäten aus — wohl zweckmässiger gewesen, die Irrenabteilung nicht an das Strafgefängnis in Bruchsal, sondern an das in Freiburg anzugliedern. So wäre für die Studenten und für die Forschung auf dem noch sehr wenig geklärten Gebiete der Kriminalpsychologie ein ungeheuer wertvolles Material gewonnen worden. Damit soll nicht gesagt werden, dass nicht auch in Bruchsal und ähnlich gelegenen Orten wissenschaftlich gearbeitet werden kann. Verdanken wir doch gerade dem Bruchsaler Gutsch wertvolle Arbeiten. Es fehlt aber an der mannigfachen Anregung, die eine Universität mit sich bringt, es fehlt vor allem auch an der Möglichkeit, schon in dem Studenten das Interesse für die Kriminalpsychologie zu wecken.

Da nun der Plan besteht, die neue Irrenanstalt, schon dieser Möglichkeit halber, auch als Hilfsquelle für den Unterricht zu dienen, in die Heidelberger Gegend zu verlegen, so darf es allerdings wohl auch als das Zweckmässigste betrachtet werden, wenn schon eine Abteilung für verbrecherische Kranke eingerichtet werden soll, diese in der Nähe Heidelbergs zu erbauen. Dann wird die vermehrte Ausgabe und die möglicherweise eintretende Betriebsschwierigkeit doch wenigstens kompensiert durch den Vorteil, den der Unterricht daraus ziehen kann.

II.

Bei der Unterbringung geisteskranker Verbrecher kommen ausser den Interessen des Strafvollzugs und der Irrenanstalten auch die des Kranken selbst und der öffentlichen Sicherheit in Betracht. Für den Kranken selbst wird, soweit es sich um seine Versorgung allein handelt, nach dem Gesagten ganz allgemein die gewöhnliche Irrenanstalt das Beste sein. Diese Art der Unterbringung aber ist nicht auch ohne weiteres für die Rechtssicherheit als die zweckmässigste zu bezeichnen. Moeli*), der allerdings den besonderen Verhältnissen Berlins und Dalldorfs Rechnung trägt und deshalb vor Verallgemeinerung der Erfahrung warnt, stellte fest, dass Entweichungen bei Nichtbestraften in 1,9 %, bei leichten, nicht gewerbsmässigen Eigentumsverbrechern in 5,8 %, bei gewohnheitsmässigen Einbrechern in 33,7 % vorkamen; dazu kamen bei letzteren noch in 43 % Ausbrüche, d. h. Entweichungen unter Oeffnung von Thüren, Durchbrechen von Mauern u. ähnl. Wir dürfen uns dem nicht verschliessen, dass den Irrenarzt die Verantwortung treffen muss, wenn durch sein Verschulden ein solcher Kranker entweicht und nun draussen Unheil anrichtet. Die moralische Verantwortung gewiss, vielleicht aber auch die civilrechtliche, allerdings wohl nur, wenn eine Fahrlässigkeit bei der Beaufsichtigung nachweisbar wäre.**)

Die Notwendigkeit, die Oeffentlichkeit vor den gefährlichen Kranken zu bewahren, kann leicht zu Härten in der Behandlung führen. Das Mass der Freiheit, das wir dem psychisch Kranken gestatten und seiner Psychose nach unbedenklich gestatten können, wird dem zu Verbrechen Neigenden verweigert werden müssen. Es wäre eine Vermessenheit, wollte man feste Regeln aufstellen, wie weit man zu gehen berechtigt ist.

*) Moeli: Ueber irre Verbrecher. 1888.

**) § 832. Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

Jeder Irrenarzt wird wohl bestätigen können, wie überraschend gut sich mancher im Zuchthause kaum zu bändigende Kranker in der Irrenanstalt führt. Unter den 281 verbrecherischen Kranken der Heidelberger Klinik waren 45 ehemalige Arbeitshäusler; keiner der 33 Vagabunden mit genau bekannter Vorstrafliste war unter 9mal bestraft, die Höchstzahl war 108, der Durchschnitt 32. Unter allen diesen war nur einer infolge seiner Fähigkeit im Ein- und Ausbrechen störend; die übrigen waren nicht nur völlig harmlos, sondern auch vielfach unsere fleissigsten und zuverlässigsten Arbeiter auch ausserhalb der Umwährung der Anstalt. Immerhin werden wir trotz aller humanen Fürsorge für unsere Kranken die öffentliche Sicherheit im Auge behalten müssen. Das Schlagwort: wir haben es nur mit Kranken, nicht mit Verbrechern zu thun, ist deshalb nicht ganz am Platze, weil wir auch vor unsern Patienten den Gesunden zu schützen suchen; verlangen wir doch aus dem Grunde die möglichst frühzeitige Einweisung des Kranken in die Irrenanstalt und empören uns mit Recht, wenn durch die Verzögerung der Aufnahme draussen ein Unglück geschieht. Ein sorgfältiges Individualisieren macht es möglich, die Zahl solcher Ereignisse innerhalb der Anstalten auf ein Minimum zu reduzieren. Die genaue Kenntnis der Veranlagung und Krankheit, das ruhige Leben innerhalb der Anstalten, die erzwungene Enthaltsamkeit von Alkohol erleichtern dem Irrenarzte seine Aufgabe, die Rücksichtnahme auf den Kranken mit der auf die öffentliche Sicherheit zu vereinigen.

Der entlassene Geisteskranke trifft, wenn er nicht aus vermögenden Kreisen stammt, sehr ungünstige Verhältnisse. Die sorgsame Aufsicht, die sachverständige Pflege und die Freiheit von materiellen Sorgen verhindert in der Anstalt von vornherein manchen Erregungszustand. Ganz das Gegenteil findet der Kranke draussen. Vor allem die Not ums tägliche Brot; dann den Spott und den Aerger, die Unverständnis und böser Wille der Umgebung nur zu reichlich mit sich bringen. Weiter aber liegt eine enorme Gefahr in dem Alkoholgenuss. Das beweist am besten das Beispiel der Epileptiker. Jeder Epileptiker kann gelegentlich an Stelle eines Krampfanfalles einmal einen Dämmerzustand bekommen, zumal unter dem Einflusse einer gelegentlichen Alkoholausschreitung. Soll man nun alle Epileptiker prophylaktisch in Irrenanstalten unterbringen? Gewiss nicht; gehört doch zu ihnen manche Grösse der Geschichte, der Kunst und Wissenschaft. Die Zahl der bedenklichen Handlungen der Epileptiker ist nicht gering. Derjenige, dessen Anfälle regelmässig stets den Charakter der brutalen, gefährlichen Erregung haben, wird wohl nur im Schutze der Anstalt leben können; sind diese Anfälle aber durch jahrelange Zwischenzeiten völliger Gesundheit getrennt oder sind Dämmerzustände

oder zweimal vorgekommen, so wird man doch schwere Be-
'n müssen, einen solchen Kranken dauernd in einer Irren-
'uhalten. Ein Grund schon spricht dagegen, der — an und
'n billigen — gerade jetzt allenthalben von der grössten
'ie Ueberfüllung aller Anstalten. Es sind bei uns in
'le Anstalten ausser stande, fortdauernd alle ihnen zu-
sofort aufzunehmen, und die schnell wachsende Zahl
'ebt auch nicht viel Hoffnung auf baldige Besserung
'ände. Dadurch werden die Anstalten gezwungen,
'igen zu halten, die entlassen werden müssen.
'he die intervallär Gesunden, die das Loos der
'den, zumal die kleineren, ebenso die Familien
'ortdauernde, für ärmere Leute fast uner-
'gspflicht als eine erdrückende Last; dafür sind die
'che um Entlassung der sprechendste Beweis. Die Er-
'ung dieser Gesuche hat der Irrenarzt mit sich abzumachen; er trägt
die Verantwortung dafür.

Zuweilen verlangen die Angehörigen stürmisch die Entlassung, die der Psychiater aus bestimmten Gründen für unthunlich hält. In solchen Fällen ist das Verfahren sehr zweckmässig, das die badischen Irrenanstalten einschlagen. Dort hat der Bezirksrat bei Meinungsverschiedenheiten die Entscheidung. Er entscheidet auf Grund eines Gutachtens der betreffenden Anstalt und der Prüfung der häuslichen Verhältnisse unter Anhörung des Bezirksarztes. Der Bezirksrat vermag besser wie der Anstaltsarzt die Befähigung der Familie zur Ueberwachung und Pflege zu beurteilen; immerhin werden die Fälle nicht zu häufig sein, wo er gegen das ärztliche Gutachten entscheidet.

Das Gesagte bezieht sich auf die Zurückhaltung eines bedenklichen Kranken gegen den Wunsch seiner Familie. Noch verwickelter ist die Sachlage, wenn es sich um die Entlassung gefährlicher Geisteskranker handelt. Diese Frage ist für Preussen durch einige neue Ministerialverordnungen in ein neues Stadium getreten.

1. Erlass des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern, betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten, vom 15. Juni 1901.

Das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten genügt, wie die Erfahrung gezeigt hat, den Interessen der öffentlichen Sicherheit nicht. Es ist vielmehr erforderlich, dass die Polizeibehörden vor der beabsichtigten Entlassung einer nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachtenden Person gehört werden, ihnen Gelegenheit gegeben wird, etwaige Bedenken zum Ausdruck zu bringen, welche aus dem Vorleben und den ganzen wirtschaftlichen und Familien-

verhältnissen, namentlich auch aus denjenigen, in welche der zu Entlassende demnächst eintreten wird, gegen die Entlassung sprechen. Eine solche Aeusserung kann für die Anstaltsleitung, der diese Verhältnisse oft unbekannt sein werden, sowohl im allgemeinen wie mit Rücksicht auf § 832 B. G. B. nur erwünscht sein. Die — vorbehaltlich der Beschwerde — selbständige Entschliessung der Landarmenverbände darüber, ob die Voraussetzungen der weiteren öffentlichen Armenpflege in der Anstalt bei einer solchen Person vorliegen, soll durch Anhörung der Polizeibehörde nicht berührt werden. Ferner ist es erforderlich, dass von der Entlassung eines Kranken, bei dem nach seinem Vorleben eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit in Frage kommt, der Polizeibehörde sofort Nachricht gegeben wird, damit sie im stande ist, die erforderlichen Massregeln zu treffen.

Ew. Excellenz ersuchen wir ergebenst, zu veranlassen, dass in der dortigen Provinz,

1. geisteskranke auf Grund des § 51 Str. G. B. freigesprochene oder auf Grund des § 203 Str. P. O. ausser Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist,

2. diejenigen auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommenen Geisteskranken, bei denen die Polizeibehörde ausdrücklich das Ersuchen um Mitteilung von der beabsichtigten Entlassung gestellt hat,

3. sonstige nach Ansicht des Anstaltsleiters gefährliche Geisteskranke aus den öffentlichen Irrenanstalten nicht entlassen werden, bevor dem Landrat, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes und, wenn dieser ausserhalb Preussens liegt, der gleichen für den Ort der Anstalt zuständigen Behörde, Gelegenheit zur Aeusserung gegeben ist. Die Leiter der Anstalten werden den genannten Behörden unter Mitteilung des Materials zur Beurteilung des Kranken, insbesondere eines eingehenden ärztlichen Gutachtens, die beabsichtigte Entlassung mitzuteilen haben und werden über sie erst nach Eingang der Aeusserung der Behörden oder nach Ablauf einer Frist von drei Wochen seit deren Benachrichtigung Entscheidung treffen dürfen. Auch werden sie diese Behörden von der Entlassung sofort zu benachrichtigen haben.

Einer Aenderung des Reglements der öffentlichen Irren-Anstalten bedarf es zu diesem Zwecke nicht, es genügt vielmehr, wenn die erforderlichen Anordnungen im Verwaltungswege getroffen werden.

Sofern, wie in einzelnen Provinzen, bei den oben zu 3 genannten Personen eine Mitwirkung der Polizeibehörde bei der Entlassung stattfindet, bedarf es selbstverständlich keiner neuen Anordnung, doch empfiehlt es sich, auch in diesem Falle die Mitteilung von der beabsichtigten Entlassung an den Landrat und nur in Stadtkreisen an die Ortspolizeibehörde zu richten. Ew. Excellenz wollen wegen des Erlasses einer entsprechenden Anordnung an die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten Ihres Verwaltungsbezirks schleunigst das Weitere veranlassen und uns über den Verlauf der Angelegenheit demnächst berichten.

Berlin, den 15. Juni 1901.

Der Minister der Medizinal-Angelegenheiten. Im Auftrage Förster.

Der Minister des Innern. In Vertretung Bischoffshausen.

An die Herren Oberpräsidenten.

---

2. Erlass der Minister der Medizinal-Angelegenheiten und des Innern, betreffend die Entlassung geisteskranker Verbrecher aus den öffentlichen Irrenanstalten, vom 16. Dezember 1901.

Durch den Runderlass vom 15. Juni d. J. — M. d. g. A. M. 6368, M. d. J. IIa 9209 — (Min.-Blatt für Medizinal- etc. Angelegenheiten, I. Jahrg. S. 179) sind Euere Excellenz ersucht worden, zu veranlassen, dass in der dortigen Provinz bestimmte, in der Verfügung näher bezeichnete Personen aus den öffentlichen Irrenanstalten erst entlassen werden, nachdem dem Landrat, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes — und wenn dieser ausserhalb Preussens liegt, der gleichen für den Ort der Anstalt zuständigen Behörde — Gelegenheit zur Aeusserung gegeben worden ist.

Im Anschluss hieran bestimmen wir, dass die genannten Polizeibehörden in den Fällen, in welchen es sich um die in der Rundverfügung vom 15. Juni d. J. unter I auf-

geführten Personen, mit Ausnahme der auf Grund des § 51 Str. G. B. freigesprochenen, handelt, spätestens binnen drei Tagen nach Empfang der Mitteilung des Anstaltsleiters über die beabsichtigte Entlassung diese Mitteilung nebst Anlagen zunächst der an dem Strafverfahren beteiligt gewesenen Staatsanwaltschaft mit dem Ersuchen um eine Aeusserung zu übersenden haben. Diese Behörden werden von dem Herrn Justizminister angewiesen werden, ihre Aeusserung spätestens binnen einer Woche den Polizeibehörden mitzuteilen. Nach Ablauf dieser Frist ohne Eingang einer Antwort der Staatsanwaltschaft, ist die Polizeibehörde zur selbständigen weiteren Verfügung berechtigt. Widerspricht die Staatsanwaltschaft der Entlassung nach Ansicht der Polizeibehörde unbegründeter Weise, so ist die Entscheidung des Regierungspräsidenten nachzusuchen. Dies hat stets auch dann zu geschehen, wenn die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde zwar derselben Ansicht sind, es sich aber um Fälle von besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit handelt. Hierzu sind alle Fälle zu rechnen, in denen die gegen den Verbrecher verhängte Freiheitsstrafe zwei Jahre übersteigt. Die Regierungspräsidenten haben die Entscheidung in den ihnen unterbreiteten Fällen sofort zu treffen. Die Polizeibehörden haben in diesen beiden Fällen auf Grund der Entscheidung des Regierungspräsidenten und in allen sonstigen Fällen auf Grund eigner pflichtmässiger Prüfung nach Eingang der Aeusserung der Staatsanwaltschaft der Leitung der Irrenanstalt mitzuteilen, ob polizeilicherseits gegen die Entlassung Bedenken zu erheben sind. Da die Anstaltsleiter nach der Verfügung vom 15. Juni d. J. berechtigt sind, hinsichtlich der Entlassung der betreffenden Personen Entscheidung zu treffen, wenn sie drei Wochen nach der Benachrichtigung der Polizeibehörde von dieser keine Antwort erhalten haben, so muss der nach Vorstehendem erforderliche Schriftwechsel so beschleunigt werden, dass jene Frist in allen Fällen innegehalten wird. Die Polizeibehörden und die Regierungspräsidenten sind hierauf besonders aufmerksam zu machen. Zur Verhütung von Verzögerungen erscheint es ferner geboten, die Anstaltsleiter zu ersuchen, in ihren Mitteilungen an die Polizeibehörden die in Frage kommende Staatsanwaltschaft genau zu bezeichnen.

Euere Excellenz ersuchen wir ergebenst, gefälligst hiernach für die dortige Provinz das weiter Erforderliche zu verfügen.

Berlin, den 16. Dezember 1901.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten.
Im Auftrage: gez. Förster.

Der Minister des Innern.
In Vertretung
gez. v. Bischoffshausen.

---

3. Erlass des Justizministers, betreffend Entlassung verbrecherischer Personen aus öffentlichen Irrenanstalten, vom 6. Januar 1902.

Nach näherer Bestimmung eines Runderlasses der Herren Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern vom 15. Juni v. J. (M. d. I. IIa 9209), M. d. g. A. M. 6368 (Minist.-Blatt für Medizinal-Angelegenheiten I. Jahrg. (S. 179) liegt es dem Oberpräsidenten ob, im Interesse der öffentlichen Sicherheit zu veranlassen, dass aus öffentlichen Irrenanstalten solche Personen, welche nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachten, nicht ohne polizeiliche Mitwirkung zu entlassen sind. Als solche Personen sind in dem Runderlasse unter Ziffer 1 angeführt:

> „Geisteskranke auf Grund des § 51 des Strafgesetzbuches freigesprochene oder auf Grund des § 203 der Strafprozessordnung ausser Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist.“

An der Benachrichtigung über eine bevorstehende Entlassung der hier bezeichneten Personen haben die Justizbehörden insofern ein unmittelbares Interesse, als eine alsbaldige oder spätere Wiederaufnahme der vorläufig eingestellten Untersuchung oder des ausgesetzten Strafvollzugs in Frage kommen kann, und es den Justizbehörden erwünscht sein muss, sowohl den gegenwärtigen Gesundheitszustand als auch den Verbleib des Beschuldigten oder des Verurteilten zu erfahren. Es entspricht aber auch der Stellung der Staatsanwaltschaft, die ihr etwa bekannten Umstände, welche Bedenken gegen die Entlassung eines ungeheilten Geisteskranken wegen seiner Gemeingefährlichkeit zu begründen geeignet sein könnten, zur Kenntnis der zuständigen Polizeibehörde zu bringen.

Der in einem Abdrucke beiliegende Runderlass der Herren Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern vom 16. Dezember v. J., welcher im Einvernehmen mit mir erlassen worden ist, sichert der Staatsanwaltschaft eine Mitwirkung bei der Entlassung geisteskranker Verbrecher aus öffentlichen Irrenanstalten, soweit ein Interesse der Rechtspflege an dieser Mitwirkung besteht, und zwar auch, soweit es sich um Strafsachen handelt, in welchen die Strafvollstreckung den Amtsgerichten obliegt. Die nach dem Runderlasse von der Staatsanwaltschaft abzugebenden Erklärungen, für welche die oben hervorgehobenen Gesichtspunkte massgebend sein müssen, sind, soweit thunlich, umgehend zu erstatten, in jedem Falle aber so zu beschleunigen, dass die Antwort mit den wieder angeschlossenen Anlagen bei der anfragenden Polizeibehörde innerhalb einer Woche wieder eingeht.

Berlin, den 6. Januar 1902. Der Justizminister.
An die Herren Oberstaatsanwälte. In Vertretung gez. Küntzel.

Diesen Verordnungen liegt derselbe gesunde Kern zu Grunde wie der erwähnten badischen Entlassungsregelung. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass für die Entlassungsfähigkeit eines Kranken die Kenntnis seiner wirtschaftlichen Lage und seiner Familienverhältnisse ausserordentlich wichtig ist; jeder Irrenarzt wird diese Ergänzung seiner Beurteilung äusserst willkommen heissen. Nicht als ob dieser Punkt bisher vernachlässigt worden wäre. Bei schwierigen Fällen hat gewiss jeder Irrenarzt die Verpflichtung in sich gefühlt, erst Erkundigungen einzuziehen, in welche Umgebung ein Kranker kommt, bevor er die Entscheidung getroffen hat.

Wäre die Zahl völliger Heilungen der Kranken in den Irrenanstalten sehr gross, so würde auch in Zukunft das Verfahren sehr einfach sein. Wenn das von den Anstalten verlangte „eingehende Gutachten“ zu dem Schlusse kommt, der Kranke sei genesen, so wird weder die Polizeibehörde noch die Staatsanwaltschaft ein Interesse daran haben können, ihn länger in einer Irrenanstalt zu wissen. Solche Fälle sind aber leider nur zu selten, wenn wir absehen von den vom Anfall geheilten Epileptikern oder Deliranten. Meist handelt es sich nur um Besserungen. Wie nun, wenn das Urteil des Irrenarztes ein anderes ist, als das der Polizeibehörde, der Staatsanwaltschaft oder des Regierungspräsidenten? Wer viel mit Geisteskranken zu thun gehabt hat, wird ohne weiteres zugeben, dass es fast unmöglich ist, sich auf Grund einer Krankengeschichte und eines Gutachtens ein ganz klares Bild von dem bestehenden Zustande zu machen, ohne den Kranken selbst gesehen zu haben. Es wird also gelegentlich zur Ergänzung der gemachten Erhebungen für die Verwaltungsbehörden die Notwendigkeit eintreten, durch den Regierungsmedizinalbeamten eine persönliche Untersuchung vornehmen zu lassen, um zu einem klaren Urteil zu kommen. Und hier muss weiter das Bedenken laut werden, ob eine solche Untersuchung gerade bei schwierigen Verhältnissen genügt. Es wäre wohl am Platze, auch dem Irrenarzte die Möglichkeit zu geben, gegen eine, seiner Ansicht nach irrtümliche, Ansicht die Entscheidung einer höheren Instanz, etwa des Oberpräsidenten oder besser der wissenschaftlichen Deputation, anrufen zu können.

Im ganzen darf wohl erwartet werden, dass ein Auseinandergehen der Meinungen über die Bedenklichkeit nicht allzu häufig vorkommen wird. Das irrenärztliche Gutachten dient doch den Behörden zur Grundlage der eigenen Beurteilung, wird also seinen Einfluss auf die Gestaltung derselben nicht verfehlen. Ein anderes Bedenken aber scheint mir berechtigt zu sein, da es einer nur zu weit verbreiteten Ansicht entspricht, die Gefahr nämlich, dass Krankheit und Anstaltsbedürftigkeit, Heilung und Entlassungsmöglichkeit für identische Begriffe gehalten werden. Nichts aber könnte für die Kranken verhängnisvoller werden, als wenn der Gedanke aufkäme, es könne sich nur um die Alternative handeln: Irrenanstalt oder Strafvollzug. Das mag ein Beispiel illustrieren.

Der Prokurist eines grossen Bankgeschäftes geriet in den Verdacht, Mitschuldiger bei dem betrügerischen Bankerott desselben gewesen zu sein. Infolge der grossen Arbeitsüberlastung, der aufregenden Kämpfe um die Existenz des Bankhauses und der Erregung über den lautwerdenden Verdacht erkrankte der im Beginne des Seniums stehende Mann an einer schweren Melancholie, die sich über drei Jahre hinschleppte, schliesslich aber doch in Heilung überging. Die inzwischen gegen die Bankinhaber geführte Untersuchung schloss jede Mitschuld des Erkrankten aus, so dass es nicht zu Weiterungen kam. Angenommen, der Verdacht wäre bestehen geblieben, so hätte die Wiederaufnahme der Untersuchung gegen den eben Genesenen sicher einen sofortigen Rückfall herbeigeführt. So aber konnte der Patient lange vor eingetretener Genesung entlassen werden und in der Stille eines Landaufenthaltes allmählich seine Gesundheit dauernd wiedergewinnen. Auch während der Reconvalescenz wäre eine Erkundigung der Staatsanwaltschaft nach seinem Befinden nicht ohne Bedenken gewesen. Der skizzierte Fall gehört zu den seltenen Fällen, in denen dem Gerichtsverfahren der Umstand entgegensteht, dass der Beschuldigte nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist (§ 203 St.-P.-O.). Sie sind, abgesehen von ihrer Seltenheit, deshalb in ihrer Tragweite von geringer Bedeutung, weil es sich meist nicht um eine Erkrankung nach der That, sondern um das Manifestwerden einer Psychose handeln dürfte, die mit der strafbaren Handlung selbst im engsten Zusammenhang steht und in der Regel die Freisprechung gemäss § 51 St.-G.-B. herbeiführen dürfte.

Sehr viel häufiger werden die neuen Verordnungen auf diejenigen Anwendung finden, die während des Strafvollzuges erkrankt sind und wegen dieser Erkrankung aus dem Strafvollzuge ausgeschieden werden. Ihre Zahl wird in Preussen durch die besprochene Vermehrung der Beobachtungsabteilungen zweifellos zunehmen, worauf auch Bonhoeffer*)

*) Irrenabteilungen an Gefängnissen. Monatsschrift für Psych. und Neurologie 1899. S. 234.

bereits aufmerksam gemacht hat. Nicht immer wird die Erklärung der Strafvollzugsunfähigkeit auch als Urteil über die Notwendigkeit einer Internierung in einer Irrenanstalt gelten dürfen. Es wäre eine höchst bedauerliche, wenn auch unverkennbar bequeme, Schematisierung, wenn die Leiter dieser Abteilungen jeden Kranken, dessen weiterer Aufenthalt in Strafanstalten ausgeschlossen erscheint, regelmässig als „gemeingefährlichen Geisteskranken" bezeichnen würden. Die Gemeingefährlichkeit muss von zwei verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden, von dem des Irrenarztes und von dem des Strafrechtes, im weiteren der öffentlichen Rechtssicherheit. Ungezählte Querulanten, Schwachsinnige mit und ohne Verfolgungsideen sind harmlos. Soweit überhaupt bei geistig Kranken ein zuverlässiges Urteil möglich ist, werden sie nie, oder höchstens durch Eingaben und Beschwerden lästig werden. Andererseits leiden gerade solche Patienten oft unerträglich unter dem Strafvollzuge und stören durch ihren aktiven und passiven Widerstand die Disziplin des Gefängnisses oder Zuchthauses aufs empfindlichste. Der Irrenarzt wird den Aufenthalt in der Irrenanstalt für unnötig halten, vielleicht sofort, sicher aber, wenn er den Kranken ein, zwei Jahre lang beobachtet hat.

Der Entlassung wird der Staatsanwalt nicht leicht zustimmen. Bei der früheren Handhabung der Bestimmungen konnte der Psychiater auf eigene Verantwortung verfügen, wie er es für richtig hielt. Jetzt trägt der Staatsanwalt einen Teil der Verantwortung mit, die er um so schwerer auf sich nehmen wird, da er nicht Fachmann genug ist, um die psychische Veränderung in ihrer Wirkung ermessen zu können. Die Meinungsverschiedenheiten werden nicht ausbleiben, besonders nicht in der allernächsten Zeit. Eine Verständigung wird nur da möglich sein, wo beide Teile sich bestreben, den Standpunkt des andern zu verstehen. Peccatur intra muros et extra. Ich halte es für die Pflicht des Irrenarztes, das von ihm verlangte Gutachten so abzufassen, dass die leitenden Gesichtspunkte auch dem Nichtarzte verständlich werden; für ebenso notwendig aber, dass die zur Entscheidung berufenen Gerichts- und Polizeibehörden sich ebenfalls bemühen, die Grundlagen der psychiatrischen Beurteilung sich zu eigen zu machen.

Die Schwierigkeit ist mit der Entlassung durchaus nicht erledigt. Ueber dem vor Ablauf der Strafzeit Entlassenen schwebt dauernd das Damoklesschwert der Wiedereinziehung. Theoretisch seltener wie in der Praxis. Da der Aufenthalt in einer Irrenanstalt nach § 493 der St. P. O. angerechnet wird, so wäre, falls die im Gefängnis und der Irrenanstalt verbrachte Zeit länger ist, wie die Strafdauer, die Strafe verbüsst. Eine Ausnahme machen nur die Kranken, bei denen der Strafvollzug unter-

brochen wird, in der Voraussetzung der Unheilbarkeit. Erweist sich diese Annahme als irrig, so wäre es wohl mehr im Sinne des § 493 der St.-P.-O., nachträglich den Irrenanstaltsaufenthalt anzurechnen. Meist aber wird es sich nicht um Heilungen sondern um Besserungen handeln. Für solche Kranke ist der Strafvollzug recht bedenklich, in der Regel treten im Gefängnis die alten Wahnideen und Beschwerden bald wieder auf. Jedenfalls sollte auch die Wiedereinziehung erst nach sorgfältiger Prüfung geschehen, nicht, wie es vorgekommen ist, auf Grund einer Aeusserung eines Amtsvorstehers. Ferner aber sollte der Versuch, die Fortsetzung des Strafvollzuges in die Wege zu leiten, nicht gar zu bald gemacht werden. Mindestens müsste der mit beiderseitiger Uebereinstimmung gemachte Versuch, ob ein Gebesserter sich unbedenklich ausserhalb der Anstalten zu halten vermag, nicht durch andauernde Erkundigungen seitens der Staatsanwaltschaften von vornherein in Frage gestellt werden. Den untergeordneten Organen, speziell der Polizei, fehlt es meist dafür an dem nötigen Geschick. Wir suchen jedem Strafgefangenen die Wiedererlangung seiner bürgerlichen Existenz zu erleichtern; dieselbe Unterstützung müsste doch erst recht einem solchen Menschen zuteil werden, der das Unglück gehabt hat, noch dazu geistig zu erkranken.

Diese Forderung grösserer Schonung für den Geisteskranken, dessen Strafe unterbrochen werden musste, kann im Interesse des Strafvollzugs um so unbedenklicher erfüllt werden, als eine Wiedereinziehung hoffentlich immer zu den grössten Seltenheiten gehören wird. Statt die Spannung zu erhöhen durch unfruchtbare Opposition gegen die Einmischung der Verwaltungsbehörden in das Recht, über die Kranken zu bestimmen, kann der Irrenarzt sehr viel zur Verständigung beitragen, wenn er in seinem Gutachten nicht nur die Entlassungsfähigkeit begründet, sondern auch auseinandersetzt, welche Massnahmen er im Interesse des Kranken und der Strafrechtspflege für erforderlich hält. Die Mitwirkung der Verwaltungen und der Staatsanwaltschaft bei der Entlassung ist durch die Ministerialverordnungen genau vorgeschrieben. Die Erfahrung wird nunmehr zeigen müssen, wie sich diese Vorschriften bewähren, und an wem die Schuld liegt, wenn auch weiterhin Schwierigkeiten entstehen. Sie dürften, wie ich nochmals wiederholen will, meiner Ansicht nach zu vermeiden sein, wenn beide beteiligten Behörden, die Vertreter der öffentlichen Rechtssicherheit und die der Irrenheilkunde, sich bemühen, den Standpunkt der andern zu begreifen und zu berücksichtigen.

II. Podagra und Neurosen.

III. Podagra und Migräne.[1])

Von Prof. **P. J. Kowalewsky** (Petersburg).

Auf das Vorkommen von Migräne im Verlaufe der Podagra haben viele Autoren, sowohl ältere, wie neuere, hingewiesen. Bouchard meint, dass in manchen Fällen die Migräne eine Entwicklungsphase der harnsauren Diathese darstellt; gleicher Meinung ist auch Lange[2]), welcher manche Fälle von Migräne und Epilepsie als Erscheinungsformen der harnsauren Diathese auffasst und bei der Behandlung derselben eine entsprechende antiarthritische Therapie fordert. Rachford[3]) unterscheidet drei Formen, in denen die Vergiftung mit Leucomaïnen sich äussert: Die wahre Migräne oder der durch Leucomaïne bedingte Kopfschmerz, die Migräne- oder Leucomaïn-Epilepsie und die migränenhafte oder leucomaïnische gastrische Neurose. In Fällen reiner Migräne findet man im Harn ausser grossen Mengen Xanthin noch beträchtliche Mengen Paraxanthin, welches Rachford für das giftigste aller Leucomaïne hält. Da das Paraxanthin in den Intervallen zwischen den einzelnen Migräneanfällen fast gar nicht ausgeschieden wird, sondern nur unmittelbar nach dem Anfalle, so hält Rachford dasselbe für das spezifische Agens, welches den Migräneanfall hervorruft. Letzteres Agens, vielleicht aber anch noch andere Leucomaïne betrachtet er als Ursachen auch für die übrigen Erscheinungsformen der Migräne.

In neuerer Zeit hat Frieser[4]) neben anderen ätiologischen Momenten für die Migräne auch darauf hingewiesen, dass der verlangsamte Stoffwechsel und die Anhäufung von Leucomaïnen und anderen ungenügend oxydierten Stoffen im Organismus beim Zustandekommen der Krankheit eine Rolle spielt. In der von ihm vorgeschlagenen Behandlungsmethode nimmt die Diätfrage, und zwar eine Diät, wie sie bei der Podagra verordnet wird, einen bedeutenden Platz ein. Barnes[5]) empfiehlt gleichfalls für die Behandlung der Migräne diejenigen Mittel, welche auch bei der Podagra mit Erfolg angewendet werden, da, nach seiner Meinung, in vielen Fällen die Verlangsamung des Stoffwechsels eine hervorragende Rolle bei der Entstehung des Leidens spielt. Gallois[6]), ausgehend von dem Standpunkte, dass die Ursache für die Migräne häufig in einer harn-

---

[1]) Anmerkung: Vgl. dieses Centralblatt, 1901, S. 593 ff.
[2]) Lange. Contribution à la clinique de la diathèse arthritique. Revue neurologique, 1897.
[3]) Rachford. Leucomaïn poisoning. The medical Record, 1895.
[4]) Frieser. Münchener medizinische Wochenschrift, 1898. VIII, 30.
[5]) Barnes. La semaine médicale, 1898.
[6]) Gallois. Gazette hebdomaire, 1899, No. 14.

sauren Diathese zu suchen ist, verordnet seinen Kranken alkalische Wässer, Lithium, Lycetol u. s. w., wobei er gute Resultate erhalten haben will. Natürlich handelt es sich hierbei um die Bekämpfung des Grundübels, nicht um die Beeinflussung der einzelnen Anfälle. Auf Grund derselben Voraussetzung empfiehlt Laquer[1]) den an Migräne leidenden Kranken alkalische Mineralwässer. Wilhelm[2]) sieht in der Migräne eine Folge von Intoxikation, weshalb er eine Behandlung wählt, die eine Steigerung des Stoffwechsels und eine beschleunigte Entfernung der Produkte der regressiven Metamorphose aus dem Körper zur Folge hat. Auf die Anschauungen Haig's will ich hier nicht weiter eingehen; derselbe versuchte in einer ganzen Reihe von Arbeiten den Beweis zu führen, dass die Migräne in allen Fällen auf einer Anhäufung von Harnsäure im Körper beruht. Wenn Haig hierbei auch zu weit geht, so lässt sich doch nicht leugnen, dass für manche Fälle von Migräne seine Anschauung zutreffend ist. Persönlich konnte ich bei vielen meiner an Migräne leidenden Kranken gleichzeitig auch Podagra beobachten. Ob in allen diesen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten bestand, wage ich nicht zu entscheiden; für eine genügende Anzahl von Fällen aber liess sich ein solcher Zusammenhang nachweisen.

Da ich dem Verhalten des Harns bei der Migräne grosse Bedeutung zuerkenne, es zugleich aber sehr schwierig ist, längere Zeit hindurch täglich genaue Harnanalysen von den Kranken zu erhalten, so beschränke ich mich auf folgende einfache Methode. Ich veranlasse meine an Migräne leidenden Kranken längere Zeit hindurch, Monate, ja Jahre lang, täglich die Harnmengen in einem graduierten Cylinder zu verfolgen. Hierbei liess sich in vielen Fällen von Migräne und zwar in denjenigen, in welchen gleichzeitig auch Podagra bestand, folgende Erscheinung beobachten: fünf bis sechs Tage vor dem Eintritt des Migräneanfalles begann die Harnmenge zu sinken; je näher der Tag des Anfalles herannahte, um so geringer wurde die tägliche Harnmenge (von 1200—1400 cc. sank sie auf 600—700 cc.). Gleichzeitig hiermit hob sich das spezifische Gewicht des Harns bedeutend, der Harn wurde intensiv sauer und bald bildete sich in demselben ein reichlicher Niederschlag, der aus vergrösserten Mengen von Uraten und Oxalsäureverbindungen bestand. Bei der genauen chemischen Analyse des Harns während des Migräneanfalles, unmittelbar nach demselben und in den Pausen zwischen den einzelnen Anfällen ergab sich, dass die Menge der Urate und Oxalate in den Pausen zwischen

[1]) Laquer: Zur Behandlung der Hemikranie. New-Yorker med. Monatsschrift, 1898.
[2]) Wilhelm: Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. Wiener med. Wochenschrift, 1897.

den einzelnen Anfällen geringer war als beim normalen Menschen, dann vor dem Anfalle gleichzeitig mit der Verminderung der Harnmenge stieg und sich während des Anfalles und unmittelbar nach demselben noch vermehrte. Solcher Untersuchungen wurden nicht viele vorgenommen, aber diese waren sehr bezeichnend. Nach dem Verhalten des Harns waren die Kranken selbst imstande, das Herannahen des Migräneanfalls vorauszubestimmen, und irrten sich fast nie darin. Ja noch mehr; mehrere von den Kranken begannen, sobald sie das Sinken der Harnmenge bemerkten, alkalische Wässer in grosser Menge zu sich zu nehmen, und es gelang ihnen dadurch, wenn auch nicht den Anfall selbst abzuwenden, so doch seine Heftigkeit zu vermindern. Solle Fälle führten mich zu der Voraussetzung, dass ein Teil der Migränefälle auf Podagra beruht, und eine streng durchgeführte anti-podagrische Behandlung gab in solchen Fällen sehr günstige Resultate. Ich habe infolgedessen mich schon in der ersten russischen Ausgabe meiner Monographie über die Migräne dahin ausgesprochen, dass dieselbe in vielen Fällen auf dem Boden der Podagra sich entwickelt.

Ich unterscheide vor allen Dingen die reine Migräne von den migräneförmigen Zuständen, welch' letztere durch andere organische und funktionelle Erkrankungen bedingt sind. Wir können daher von einer idiopathischen und symptomatischen Migräne sprechen. An dieser Stelle habe ich nur die erstere im Auge.

Die idiopathische Migräne entwickelt sich fast immer auf dem Boden hereditärer Belastung. Sie tritt nur bei solchen Leuten auf, die als Migräne-Kranke geboren werden, d. h. ein solches Nervensystem mit auf die Welt bringen, welches deutlich ausgesprochene Veränderungen in einem gewissen Bezirk des Centrums aufweist. Infolge der grossen Analogie der einzelnen Anfälle mit den epileptischen glaube ich das verlängerte Mark für die Migräneanfälle in Anspruch nehmen zu dürfen, wobei die motorischen Erscheinungen, die bei der Epilepsie Platz haben, vom Krampfcentrum ausgelöst werden, die sensiblen Störungen dagegen bei der Migräne von den sensiblen und vasomotorischen Centren des verlängerten Markes. Der Unterschied in der Entwicklung und Dauer der Migräneanfälle von den epileptischen wird entweder durch die besonderen Eigenschaften der sensiblen Centren der medulla oblongata bewirkt oder durch die reflektorische Anteilnahme an den Anfällen der sympathischen Ganglien.

Diese erbliche Prädisposition der Nervenelemente der sensiblen und vasomotorischen Centren des verlängerten Markes besteht in einem gewissen labilen Gleichgewichte und in verminderter Widerstandsfähigkeit

der molekularen Elemente der Nervenzellen. Letzteres giebt noch an und für sich nicht die Migräne und bei günstigen Lebensbedingungen kann das betreffende Individuum sein ganzes Leben von Migräneanfällen verschont bleiben. Die Disposition bleibt latent und wird den Nachkommen in geschwächter Form übergeben, wenn das andere Mitglied der Ehe (Mann oder Frau) vollkommen gesund ist, in verstärkter im entgegengesetzten Falle.

Die Prädisposition zur Migräne stellt auf diese Weise einen potentiellen, latenten, pathologischen Zustand dar, welcher bei weiteren, den Ausbruch begünstigenden Umständen in die dynamische Form übergeht. Solche begünstigenden Umstände sind vor allen Dingen alle diejenigen Zustände des Organismus, bei denen das Nervensystem schon an und für sich verminderte Widerstandsfähigkeit bietet, z. B. weibliches Geschlecht, jugendliches Alter und Ueberanstrengung infolge übermässiger geistiger Thätigkeit. Die grösste Bedeutung in dieser Beziehung besitzen aber die Diathesen und Autointoxikationen und unter diesen vor allen anderen die podagrische Diathese, die skrophulöse, die syphilitische, die alkoholische, die tuberkulöse u. s. w. Alle diese Diathesen werden sehr häufig, wenn nicht immer, bei den Migräne-Kranken beobachtet, aber nicht in gleicher Häufigkeit eine jede von ihnen. Ich persönlich habe am häufigsten die harnsaure oder podagrische Diathese beobachtet, welche, wie mir scheint, auch am öftesten bei der Epilepsie getroffen wird. Diese Diathese, welche im Organismus qualitativ wie quantitativ Schwankungen unterliegt sowohl inbezug auf die Phasen der Entwicklung als auch auf die Eigenschaften der Oxydationsprodukte, lässt den migränösen sowie epileptischen Zustand bald stärker, bald schwächer hervortreten. Die Wirkung dieser Diathesen ist eine Aenderung in der chemischen Zusammensetzung der Nervenelemente. Die Wirkung derselben erstreckt sich gleichmässig auf alle Gewebe und Zellen des Organismus und im speziellen des Nervensystems, aber als spezifisches die Migräne hervorrufendes Gift erscheint die Diathese nur bei solchen Leuten, welche die Disposition zur Migräne von Geburt an in sich tragen.

Ob die podagrische oder harnsaure Diathese an und für sich imstande ist, die Migräne zu bedingen, oder ob sie nur als Agens dient, welches den vorhandenen pathologischen Zustand verstärkt und zum Vorschein bringt, ist eine Frage, die noch unentschieden bleiben muss. Ich persönlich bin der Meinung, dass weder die harnsaure Diathese noch sonst eine Form der Intoxikation und Autointoxikation selbst imstande ist, Migräne zu erzeugen als Form der reinen Autointoxikation, und dass sie nur dann dieselbe bedingen, wenn der geeignete Boden hierfür vorhanden ist.

Ich glaube nicht, dass es irgend ein gefährliches Gift gäbe, welches, einem vollständig gesunden Menschen injiziert, bei demselben einen Anfall von Migräne hervorrufen könnte und welches ausschliesslich auf die dabei in Betracht kommenden Centren wirkt. Wenigstens ist es bis jetzt nicht möglich, ein solches Gift zu bezeichnen, noch besteht ein Anlass, die Existenz eines solchen vorauszusetzen.

Darauf, dass die podagrische Diathese thatsächlich für das Zustandekommen der Migräne nicht gleichgültig ist, haben schon verschiedene Autoren hingewiesen. Haig hat sogar ein Schema ihrer Wirkung aufgestellt. Nach ihm übt die Vermehrung der Harnsäure eine spastische Wirkung auf die arteriellen Gefässe der einen Kopfhälfte aus und bedingt dadurch eine plötzliche starke Erhöhung des arteriellen Druckes mit nachfolgendem Kopfschmerz; — dieses wird bewiesen durch die verminderte Ausscheidung der Harnsäure durch den Harn vor dem Anfalle und die starke Vermehrung der Ausscheidung nach demselben. Nach meiner Ansicht spielt sich der Vorgang in folgender Weise ab: die Steigerung der Harnsäuremenge im Blute übt unzweifelhaft ihren Einfluss in gleicher Weise auf alle Elemente des Organismus aus, stärker nur auf die Elemente des locus minoris resistentiae hemicranicus oder epilepticus, kraft ihrer besonderen Empfindlichkeit, — im gegebenen Falle vielleicht kraft ihrer grösseren chemischen Verwandtschaft; hierbei entsteht in den betreffenden Nervenelementen eine solche Verbindung, die sie eine Thätigkeit ausüben lässt, zu welcher sie im normalen Zustande nicht fähig sind. Diese in ihrer Zusammensetzung wesentlich veränderten Nervenelemente wirken auf die von ihnen innervierten Gefässe und geben ein Bild, welches in dem einen Falle mit einem Migräne-, im anderen mit einem epileptischen Anfalle abschliesst, je nach dem locus minoris resistentiae, der getroffen wird.

Naturgemäss entsteht die Frage: genügt bei ein und derselben Person das Vorhandensein einer erblichen Veranlagung zur Migräne und einer harnsauren Diathese, um Anfälle von Migräne hervorzurufen? Die erbliche Prädisposition sowie die Diathese sind beständige Faktoren, die Migräne dagegen tritt in periodischen Anfällen zu Tage. Die Erfahrung lehrt, dass in der überwiegend grösseren Anzahl der Fälle noch andere zufällige Faktoren neben den angeführten eine Rolle spielen und die in den betreffenden Centren angehäufte Energie zur Entladung bringen. Aber das beeinträchtigt durchaus nicht die apriorische Voraussetzung, dass die Anhäufung einer gewissen Menge einer giftigen Substanz im Körper selbständig sowohl die Hemicranie als den status hemicranicus hervorrufen kann, wenn nur diese Anhäufung einen gewissen Grad erreicht

hat. In der Mehrzahl der Fälle ist aber das Vorhandensein der harnsauren Diathese allein nicht genügend, um Migräneanfälle auszulösen; um dieses zu bewirken, sind noch andere zufällige, hervorrufende Momente erforderlich.

Ich habe mich bei der harnsauren Diathese länger verweilt, weil dieselbe besser als irgend eine andere erforscht ist und die Möglichkeit zu Schlussfolgerungen bietet. Es ist vorauszusetzen, dass die anderen Diathesen in ähnlicher Weise wirken. Sie bieten gewissermassen den günstigen Nährboden, auf dem die angeborene Veranlagung sich entwickeln und zur vollen Kraft entfalten kann. — Der Ausbruch der Krankheit selbst geschieht aber unter Mitwirkung weiterer gelegentlicher Faktoren.

In ähnlicher Weise wie die Diathesen wirken auch andere dauernde Ursachen und chronische, den Stoffwechsel beeinträchtigende Krankheiten, durch welche eine Aenderung in der Zusammensetzung des Nervenelementes des locus minoris resistentiae bedingt wird.

Die gelegentlichen Ursachen sind nicht immer die gleichen für die verschiedenen Altersstufen. Im Kindesalter dienen als solche: Das zweite Durchschneiden der Zähne, ungeregelte Beschäftigung in der Schule, das Auftreten der Menstruation und die Periode der geschlechtlichen Reifung. Im reifen Alter spielen eine bedeutende Rolle: angestrengte geistige Thätigkeit, moralische Erschütterungen, häufige Unzufriedenheit, Störungen der Darmthätigkeit, der Besuch von Konzerten, Bällen, volkreicher Versammlungen, — Eisenbahnfahrt, Aufenthalt in der Sonne, Hunger, Träume u. s. w.; — besonders häufige Ursachen sind Störungen der Geschlechtsthätigkeit; mangelhafte Befriedigung des geschlechtlichen Triebes bei physisch kräftigen Leuten, allzu ausgiebige bei schwachen, gänzliches Fehlen der geschlechtlichen Befriedigung bei alten Jungfern und enthaltsamen Männern, alle geschlechtlichen Exzesse u. s. w.

Alle diese Ursachen allein sind noch nicht imstande, Migräne hervorzurufen, aber bei Leuten, die dazu disponiert sind und deren Prädisposition durch Dyskrasieen u. s. w. unterhalten wird, erscheinen sie als wichtigste, die Anfälle auslösende Faktoren.

Unter solchen Umständen müssen wir uns das Schema des Anfalles auf folgende Weise vorstellen. Ein Individuum, welches von Geburt an zur Migräne disponiert ist und ausserdem an einer, meist vernachlässigten, Gicht leidet, erleidet plötzlich eine moralische Erschütterung, — gerät z. B. in einen an und für sich durchaus gerechtfertigten Zorn. Dieser Zornesanfall übt reflektorisch seinen Einfluss auf das ganze Gehirn aus; es vollzieht sich gewissermassen ein Blutandrang zum ganzen Gehirn; am stärksten wirkt aber dieser Shock auf den locus minoris resistentiae im

verlängerten Mark, im Centrum der Vasomotoren des sensiblen Gebietes. Von hier geht ein Impuls aus, wahrscheinlich unter Vermittelung der smypathischen Ganglien, nach dem Gefässsystem der entsprechenden Kopfhälfte; unter dem Einfluss der Veränderungen in letzterem spielt sich der Migräneanfall in seiner ganzen Stärke ab.

Ich erlaube mir folgende Fälle hier anzuführen.

Fall 1. W. G., 36 Jahre alt, Obristenfrau. Der Vater der Patientin, ein Stubengelehrter, liebte sehr die Freuden der Mahlzeit, ass viel, trank viel, machte sich wenig Bewegung und litt mit 35 Jahren an podagrischen Anfällen. Die Mutter der Patientin, eine sehr nervöse Frau, litt an Migräne. Ein Sohn von ihnen ist Epileptiker, zwei andere Kinder starben an Krämpfen. Patientin ist die jüngste Tochter. Als Kind war sie nervös und reizbar. Mit sieben Jahren begann sie an Migräneanfällen zu leiden. Dieselben betrafen vorzugsweise die rechte Seite und dauerten 5—20 Stunden. Am Schluss trat Erbrechen auf. Anfangs ereigneten sich die Anfälle zwei bis drei Mal im Jahr, später wurden sie häufiger und traten zwölf Mal und öfter auf. Mit 23 Jahren verheiratete sich Patientin. Nach der Heirat waren die Anfälle in der ersten Zeit seltener; später aber mit dem Erscheinen der Kinder (vier) wurden sie häufiger und traten schliesslich jede Woche ein Mal auf. Gleichzeitig damit litt Patientin auch an Schmerzen in anderen Teilen des Körpers rheumatischen (?) Charakters: bald in den Gelenken, in den Knochen, im Kreuz und in der Nierengegend. Patientin wurde blutarm; man verordnete ihr verstärkte Fleischnahrung, Eisen, Wein, aber die Blutarmut sowie die Migräne besserten sich nicht, sondern wurden im Gegenteil schlimmer. Patientin bemerkte unter anderem, dass mit dem Auftreten des Anfalles die Harnmenge bedeutend abnahm und ein beträchtlicher ziegelroter Niederschlag sich im Harn bildete. Der Kranken wurde Milch und vegetabilische Diät verordnet, Borshom-Wasser, Bromate und völlige Enthaltsamkeit von spirituösen und anderen reizenden Getränken. Nach vier bis fünf Monaten wurden die Migräneanfälle seltener; ein Mal in ein bis zwei Monaten. Im weiteren Verlaufe der Krankheit unternahm Patientin täglich quantitative Untersuchungen ihres Harns; hierbei erwies sich die Harnmenge in den Pausen zwischen den einzelnen Anfällen als 1200—1450 cc. mit einem spezifischen Gewicht von 1012—1015; etwa sechs Tage vor dem Anfalle begann die Harnmenge allmählich zu sinken, erreichte ihr Minimum am Tage des Anfalles und begann nach demselben wieder zu steigen bis zu 1500—1600 cc. Eine der Aufzeichnnngen der Patientin lassen wir hier folgen:

10. März: Harnmenge 1200 cc.; sp. Gewicht 1012, Reaktion sauer,
11. „ „ 1150 „ „ „ 1014 „ sauer, geringer Niederschlag,
12. „ „ 1000 „ „ „ 1018 „ sauer, bedeut. Niederschlag.

Bei der Untersuchung im Laboratorium erwies sich der Niederschlag bestehend aus Uraten, Oxalaten und Schleim.

13. März: Harnmenge 800; sp. Gewicht 1024, Niederschlag sehr bedeut.
14. „ „ 700 „ „ 1027, R. sehr stark sauer, „ „ „
15. „ „ 620 „ „ 1030 „ „ „ „ „ „ „
16. „ „ 570 „ „ 1032 „ „ „ „ „ „ „ chemische Zusammensetzung wie früher.

Anfall von Migräne im Verlaufe von 19 Stunden:

17.	März:	Harnmenge	1040;	sp.	Gew.	1019,	R.	sauer,	Niederschlag	bedeutend	geringer,		
18.	"	"	1470	"	"	1017	"	"	"	"	"		
19.	"	"	1420	"	"	1018	"	"	"	"	"		
20.	"	"	1300	"	"	1016	"	"	Niederschlag unbedeutend.				

Fall 2. Frau M., Künstlerin, 38 Jahre alt. Patientin hatte neun Kinder, von denen drei sehr jung starben. Der Vater der Patientin war ein sehr nervöser Mensch; die Mutter von schwacher Gesundheit starb jung; eine Tante von Seiten des Vaters litt an Migräne, eine jüngere Schwester der Patientin gleichfalls, ein Sohn der letzteren hatte mit 12 Jahren den ersten Migräneanfall. Patientin hatte ihren ersten Anfall mit 10 Jahren; von da ab traten die Anfälle regelmässig jeden Monat ein- bis zwei- bis drei- bis viermal auf. Dieselben waren zweierlei Art: obligatorische und zufällige. Einen Tag vor Eintritt des obligatorischen Anfalles stellte sich Ohrensausen ein, dem sich ein eigentümliches Gefühl in der Herzgegend, eine Art von Zittern beigesellte; noch früher trat ein Vorgefühl des bevorstehenden Anfalles auf. Die letztere Erscheinung beschäftigte Patientin sehr, und sie bemühte sich häufig dieselbe zu kontrollieren: — sie redete sich ein, dass der Anfall gleich eintreten müsse, achtete angestrengt auf alle ihre Empfindungen, schuf im Geiste alle Erscheinungen nach, die denselben begleiteten, — aber der Anfall blieb aus. Wenn aber das Vorgefühl sich eingestellt hatte, so waren alle Anstrengungen, den Eintritt des Anfalles zu verhindern, vergeblich. Die obligatorischen Anfälle traten gewöhnlich morgens auf, und wenn sie sich schnell entwickelten, waren sie sehr heftig, entwickelten sie sich dagegen allmählich, so waren sie bedeutend schwächer. Die Anfälle dauerten 18 bis 24 Stunden; gegen Ende trat Uebelkeit und Erbrechen ein, aber ohne Schwindel. Während der Menses waren die Anfälle stärker und erschienen am ersten und fünften Tage derselben. Gegenwärtig ist die Menstruation seltener und die Schmerzen geringer. — Die zufälligen Anfälle treten gewöhnlich ohne vorhergehende Aura auf, entstehen plötzlich und meist infolge verschiedener zufälliger Ursachen, wie z. B. Ermüdung, Obstipation, Besuch des Theaters u. s. w. Vor dem Anfalle und während desselben ist die Harnmenge verringert (500—700 gegen 1200—1500). Häufig schläft Patientin während des Anfalles ein und erwacht ohne Schmerz, während die obligatorischen Anfälle nie durch den Schlaf beeinflusst werden. Indessen hat Patientin während des Schlafes nach einem zufälligen Anfalle häufig sehr schwere Träume. Während der Schwangerschaft waren nie Anfälle von Migräne. Die Schmerzen während des Anfalles konzentrieren sich fast stets auf die rechte Kopfhälfte. Während eines sehr heftigen Anfalles, Zittern des rechten Augenlides; — zuweilen im Anfalle Ptosis beider Lider, welche auch ein bis zwei Stunden nach Vergehen des Anfalles bestehen bleibt. Patientin leidet an häufiger Schlaflosigkeit und zeigt bei der Untersuchung unregelmässige Stellung der Zähne, Accentuation des zweiten Tones an der Spitze und Zeichen von Anämie.

Fall 3.[1]) Frau P., 35 Jahre alt. Die Eltern der Patientin bieten keine Besonderheiten (?). Eine Schwester leidet an angina pectoris, die Brüder, junge Leute, leiden alle an Arteriosclerose, auch eine Schwester zeigt Zeichen von

[1]) Paul Kowalevsky: La migraine et son traitement, 1901.

Arteriosclerose, obwohl sie erst 36 Jahre alt ist. Patientin leidet an Kopfschmerzen seit der Kindheit, doch waren dieselben selten und nicht sehr stark. Erst seit drei Jahren wurden sie heftiger unter dem Einfluss des anstrengenden Petersburger gesellschaftlichen Lebens, der Bälle, Soupers u. s. w. Als auslösende Momente dienen: schlaflose Nächte, Eisenbahnfahrt, Aufregung, der Geruch gewisser Parfüms. Vor dem Anfalle stellt sich Schwere im Kopfe ein, darauf erfolgt der Schmerz in den Augenhöhlen, im Scheitel, in den Schläfen und zuletzt im Nacken. Die eine Hälfte des Kopfes schmerzt fast gar nicht. Der Schmerz dauert gewöhnlich einige Stunden, seltener einen ganzen Tag, noch seltener zwei Tage. Gegen Ende des Anfalles tritt Uebelkeit auf, aber zum Erbrechen kommt es nicht. Meistens erscheint der Anfall nur einmal im Monat, aber während der Wintersaison dreimal und dabei einmal regelmässig am ersten Tage der Menstruation. Schlaf mildert den Schmerz ein wenig. Nach den Anfällen schmerzt häufig die Kopfhaut. Zuweilen heftige Anfälle eines trockenen Hustens, ohne jegliche Störungen von Seiten der Atmungsorgane. Die Thätigkeit des Darmes ist eine schlaffe und häufig gestört. Patientin blutet leicht und zeigt Neigung zum Starkwerden; die Herzthätigkeit ist schwächlich, leichtes Ergrauen der Haare, besonders auf der rechten Seite, leichter Strabismus und rima oculi sinistri, wie Patientin behauptet, seit der Geburt. Im Harn ein bedeutender Niederschlag von Uraten und oxalsauren Verbindungen; Crepitatio in allen Gelenken.

Fall 4. Frau F., 38 Jahre alt. Der Grossvater der Patientin war Alkoholiker, der Vater litt an Migräne, die Mutter ist gesund, ein Bruder leidet an Asthma, seine Tochter ist epileptisch, eine Schwester der Patientin ist geisteskrank. Letztere begann mit sechs Jahren an Migräne zu leiden; anfangs waren die Anfälle selten, später wurden sie häufiger und kommen jetzt dreimal im Monat vor, wobei fast jedesmal unmittelbar vor und nach der Menstruation. Während der Schwangerschaften (drei) und eine Zeitlang nach denselben war Patientin von den Anfällen frei. Alle Kinder sind nervös. Der Migräneanfall dauert 24 Stunden und beginnt immer morgens mit folgenden Erscheinungen: Schwere im Kopfe, ziehender Schmerz in der Herzgegend — darauf leichter Schmerz in der linken Kopfhälfte, welcher allmählich den Scheitel, die Orbita, das ganze Gesicht, den Hals und die Kehle ergreift. Nach einigen Stunden tritt Uebelkeit und dann Erbrechen auf, womit der Anfall abschliesst; Uebelkeit und Erbrechen sind aber nicht immer vorhanden. Einmal dauerte der Anfall drei Wochen hindurch, nur auf Stunden schwächer werdend. Während des Anfalles ist das Gesicht gerötet; nach demselben hat Patientin das Gefühl, als ob Kopf und Ohren geschwollen wären; die Knochen der linken Hand sind aufgetrieben. Während des Anfalles Taubheitsgefühl in Händen und Füssen. In den letzten Jahren steigerten sich die Anfälle von Uebelkeit bis zur Bewusstlosigkeit. Ein Jahr hindurch litt Patientin an Asthmaanfällen, während dieser Zeit sistierten die Migräneanfälle. Nach dem Beischlaf mit dem Manne erfolgt jedesmal ein Anfall von Migräne. Patientin zeigt Erscheinungen von Podagra — der Harn enthält einen grossen Niederschlag von Uraten und Oxalaten. Obstipation ist häufig. In der Nacht öfter Unruhe und Erregung. Patientin verträgt nicht allzu warme Räume, obgleich sie leicht friert. Thee mit Citrone, sowie Erwärmung des Kopfes erleichtern den Schmerz und bringen zuweilen den Anfall zum Stillstand.

Als allgemeine Schlussfolgerung zur vorliegenden Frage ist folgendes zu beachten: Die Podagra dient nicht selten als ätiologischer Faktor für die Migräne: Für das Auftreten derselben ist aber zugleich eine vorhandene Prädisposition erforderlich. Podagra allein bringt ohne diese keine Migräne hervor. Abgesehen von der Gicht, dienen als den Migräneanfall auslösende Momente noch andere zufällige Ursachen, die für verschiedene Personen verschieden sind. Bei an Migräne leidenden Kranken, die zugleich podagrisch sind, wird eine jede Behandlung erfolglos bleiben, die nicht gleichzeitig die Bekämpfung der Podagra zum Ziele hat.

IV.

Podagra und Epilepsie.

Ein genetischer Zusammenhang zwischen Epilepsie und Migräne wurde schon längst beobachtet und konstatiert. Ununterbrochen stossen wir auf Fälle, wo die Angehörigen, Mütter und Schwestern von Epileptikern an Migräne leiden und nicht selten sind letztere selbst von dieser Krankheit befallen. Trotzdem bietet uns die Litteratur nur wenig Material zu der Frage von dem nahen verwandtschaftlichen Verhältnis zwischen Migräne und Epilepsie. Hughlings Jackson[1]) betrachtet die Migräne als eine Ausdrucksform der wahren Epilepsie, da sie in Paroxysmen sich äussert und eine Entladungsform der angehäuften Nervenenergie in einem gewisen Gebiete der Hirnrinde darstellt. Nach Savage[2]) kann die Epilepsie unter dem Einflusse der Behandlung in einen Zustand übergehen, in dem die epileptischen durch Migräne- und Asthmaanfälle ersetzt werden. Ein solcher Fall, in dem als Aequivalent für die epileptischen Anfälle Anfälle von Migräne auftraten, ist vor kurzem von mir[3]) veröffentlicht worden. Revington[4]) meint, dass die Migräne der Eltern bei den Kindern in Epilepsie ausartet. Derselben Ansicht sind auch Eulenburg, Clark[5]) u. a. Ausführlicher habe ich dieses Thema in meiner Monographie über die Migräne behandelt. Einige Autoren behaupten, dass nicht die gewöhnliche Migräne solche Beziehungen zur Epilepsie besitze, sondern nur die migraine ophthalmique. Krafft-Ebing[6]) ist der Ansicht, dass das Vorhandensein von ophthalmischer Migräne eine Voraussetzung für das Auftreten von Epilepsie bildet, denn die ophthalmische Aura ist weder

---

[1]) Hug. Jackson: Brit. medic. Journal 1880 VI, 14.
[2]) Savage: The Brain 1881, Nr. 1.
[3]) P. Kowalewsky: Epilepsie und Migräne. Russischer medizin. Bote, 1899.
[4]) Revington: L'Encephale, 1888.
[5]) Clark: Headache in Epilepsia. 1897.
[6]) Krafft-Ebing: Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie 1897, H. 1.

der einfachen Migräne noch der einfachen Epilepsie eigen, sondern nur denjenigen Fällen, in denen es sich um eine Kombination beider Neurosen handelt, wobei beide Neurosen durch eine und dieselbe pathologische Ursache bedingt werden, welche nur für jede von ihnen in quantitativer Beziehung und in Bezug auf die Lokalisation des Krankheitsprozesses verschieden ist.

Folgender von mir beobachtete Fall[1]) illustriert aufs beste die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne, sowie die Eigenschaft des einen Leidens, als Aequivalent für das andere zu dienen.

Fräulein K., 18 Jahre alt, intelligentes junges Mädchen. Der Vater der Patientin, Professor, ist ein vollständig gesunder Mensch, kein Alkoholiker, keine Lues; die Mutter leidet an Migräne. Patientin wurde als gesundes Kind geboren. Den ersten Krampfanfall hatte sie im sechsten Lebensjahre, darauf vergingen sieben Jahre ohne jegliche Anfälle. Der zweite Anfall ereignete sich, als Patientin $13^1/_2$ Jahre alt war, der nächste nach einem Jahre, darauf wurden die Anfälle immer häufiger, jeden Monat, zuletzt täglich und 10—30 Mal im Monat. Dem Krampfanfall geht zuweilen ein Anfall von unbestimmter Furcht voraus und das unbezwingliche Bestreben, nach vorne zu stürmen; solche Zustände ereignen sich bisweilen auch nach dem Anfalle. Vor vier Jahren trat Migräne auf, meistens auf der rechten Seite, ohne Schwindel und ohne Erbrechen. Die Migräneanfälle geschehen zu verschiedener Zeit und unter dem Einfluss verschiedener Ursachen. Wenn der Anfall sehr stark ist, so kommt es zu völliger Ptosis des rechten Augenlides, bei leichten Anfällen zu geringem Niedersinken; beide dauern noch einige Zeit nach dem Nachlassen des Anfalles fort. Nach den epileptischen Anfällen besteht einige Stunden hindurch starkes Zittern der Hände. Die objektive Untersuchung ergiebt: Asymmetrie des Schädels und des Gesichtes, leichtes Schielen nach aussen auf dem rechten Auge, Erweiterung der Pupillen, stärkste Anämie und leichte Zeichen von Skorbut.

In Bezug auf die epileptischen und Migräneanfälle wurde weiterhin bemerkt, dass, wenn die epileptischen Anfälle häufiger sind, die Migräneanfälle sich seltener ereignen, — mit dem Nachlassen der epileptischen dagegen die Anfälle von Migräne häufiger werden.

Der vorliegende Fall beweist: 1. dass Migräne und Epilepsie zwei Krankheitszustände darstellen, die in enger verwandtschaftlicher Beziehung zueinander stehen, 2. dass beide bei Mitgliedern einer und derselben Familie vorkommen können, 3. dass sie eine und dieselbe Person befallen können und 4. können die Anfälle des einen Leidens die des anderen ersetzen — eine Krankheit kann zum Aequivalent für die andere werden.

Wenn zwischen Epilepsie und Migräne ein genetischer Zusammenhang existiert, so folgt daraus naturgemäss, dass auch die ursächlichen Faktoren für die eine wie für die andere Krankheit bis zu einem gewissen Grade identisch sein müssen. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, konstatieren

---

[1]) Paul Kowalevsky: Épilepsie et son traitement, 1901.

wir nur die Thatsache, dass gegenwärtig die Anschauung vorherrschend ist, nach welcher eine gewisse Gruppe von Fällen von Epilepsie und ebenso von Migräne ihre Entstehung Intoxikationen und Autointoxikationen verdankt. Unter anderen Toxinen spielen hier eine bedeutende Rolle die Produkte des verlangsamten Stoffwechsels bei der Podagra. Auf letzteren Umstand hat besonders Haig[1]) aufmerksam gemacht. Nach ihm findet man bei der Migräne und bei podagrischen, migräneähnlichen Schmerzen die Menge der Harnsäure im Harn vermehrt. Alle Mittel, welche bei solchen Kranken eine Verminderung der Harnsäure herbeiführen, wirken damit zugleich auf die Linderung der Kopfschmerzen. Dasselbe kann man von dem Verhältnis der epileptischen Anfälle zu der Menge der Harnsäure im Harn sagen. Sowohl dem epileptischen, wie dem Migräneanfall geht eine Verminderung der Harnsäureausscheidung voraus. Auf diese Weise entspricht dem präepileptischen Zustande z. B. psychischer Erregung u. s. w., sowie dem postepileptischen ein Plus der Harnsäureausscheidung — dem epileptischen Anfalle ein Minus derselben. Alle Mittel, welche die Anhäufung der Harnsäure im Organismus fördern, begünstigen auch das Auftreten der Anfälle — umgekehrt wirken die Mittel, die geeignet sind, den überflüssigen Vorrat an Harnsäure aus den Geweben des Körpers zu entfernen, auf die Häufigkeit der Anfälle beeinträchtigend. Haig meint infolgedessen, dass regelrechte Diät und pharmaceutische Mittel, die auf das Nervensystem wirken, wie Bromate, sowohl die Anfälle von Kopfschmerz, wie die epileptischen zum Schwinden bringen. Besonders ungünstig in solchen Fällen wirkt Fleischnahrung, da bei derselben der Gehalt an Harnstoff und Harnsäure im Organismus steigt. Auf diese Weise können wir, nach Haig, durch Regelung der Diät (indem wir Fleischnahrung und Wein beseitigen) willkürlich das Eintreten der Anfälle beschleunigen und hinausschieben. Von diesem Gesichtspunkte aus stellt sich der Zusammenhang zwischen Podagra und Epilepsie her. Dass thatsächlich ein Zusammenhang zwischen verlangsamtem Stoffwechsel und Epilepsie existiert, beweisen die zahlreichen Fälle letzterer Krankheit, in denen sich diese primär bei Leuten entwickelt, die im vorgerückten Alter stehen, an Beleibtheit leiden, eine sitzende Lebensweise führen und eine grosse Menge Eiweisskörper zu sich nehmen.

Rossi[2]) findet, dass die Ausscheidung von Kreatinin und anderen giftigen Stoffen in einem gewissen Verhältnis steht zu den verschiedenen Perioden des epileptischen Anfalles. Vor demselben häuft sich in den

[1]) Haig: Uric acid in diseages of the nervous system. The Brain, 1891.
[2]) Rossi: Ricerche analitiche sopra la presenta della creatina nelle orine degli epilleptici. Annali di freniatr. 1894.

Geweben und besonders im Blute und Gehirn, infolge von ungenügender Verarbeitung und Zerstörung der Produkte des Stoffwechsels eine grosse Menge giftiger Substanzen an, welche stark erregend auf die psychomotorischen Centren wirken. Während des Anfalles steigt der Stoffwechsel und die Ausgleichung erfolgt in grösserem Masse. In der postepileptischen Periode werden die Produkte des Stoffwechsels aus dem Körper durch die Nieren entfernt. In der dritten Periode endlich, in der Periode der relativen Ruhe, gehen die Prozesse der Zerstörung und Neubildung in den Geweben in mehr oder weniger gleichmässiger Weise vor sich und letztere sind dem Einfluss der giftigen Substanzen nicht ausgesetzt.

Im Jahre 1894 erschien eine neue Arbeit von Haig[1]), in welcher er die Resultate seiner früheren Beobachtungen bestätigt, nämlich: vor dem epileptischen Anfalle sinkt die Menge der Harnsäure im Harn bedeutend, — während des Anfalles steigt dieselbe ein wenig, erreicht aber ihr Maximum nach dem Anfalle, so dass der Ueberschuss an derselben um diese Zeit gleich ist der fehlenden Menge vor dem Anfalle. Augenscheinlich wird dieses Minus bedingt durch die Retention der Harnsäure in den Geweben, speziell im Gehirn. Im normalen Zustande ist Harnsäure im Blute fast gar nicht vorhanden. Das Zurückhalten derselben im Blute und ihr Kursieren in den Gefässen bewirkt eine Kontraktion der kleinen Arterien und Kapillaren und ruft erhöhten arteriellen Druck hervor. Dieser erhöhte Druck bewirkt seinerseits, nach Grashey, Vibration der Venen und Stauung des Blutes in den Venen und Kapillaren, wobei der intracranielle Druck infolge verstärkten Transsudates von Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Blute steigen kann. Das Kursieren der überschüssigen Harnsäure im Blute ruft bei den einen migräneartige Kopfschmerzen, bei den anderen epileptische Anfälle hervor. Um dieselbe Zeit und bald darauf erschien eine ganze Reihe von Arbeiten über den Stoffwechsel bei Epileptikern von Dr. Krainsky[2]). Seine ersten Untersuchungen gestatteten ihm folgende Schlussfolgerungen zu ziehen: Der Einfluss der epileptischen Anfälle auf den Stoffwechsel ist ein zweifacher: es entstehen Veränderungen, erstens beständiger Natur, welche man sogar bis zu einem gewissen Grade als pathognomonisch für die Anfälle betrachten kann, und zweitens solche, die, wenn sie auch häufig vorkommen, aber doch nicht als beständige für eine und dieselbe Person, noch für verschiedene Personen gelten können. Zu den ersteren gehören die Aenderungen in dem Verhalten der Harn- und der Phosphor-

[1]) Haig: Uric acid as a factor in the causation of discrase, 1894.
[2]) N. W. Krainsky: Zur Lehre von der Pathologie der Epilepsie, 1894, russ.

säure, zu den letzteren die Aenderung der Menge des Harns, des Harnstoffes, der Chloride und des Schwefels. Aber der Verfasser bezweifelt, ob die epileptischen Anfälle durch das Eindringen der Harnsäure ins Blut hervorgerufen würden, — wahrscheinlich beständen im Organismus der Epileptiker besondere Bedingungen, die die erwähnten Veränderungen hervorbringen und möglicherweise sind diese Schwankungen im Verhalten der Harnsäure nicht Ursache, sondern Folge der Anfälle. In seiner nächsten Arbeit[1]) spricht Krainsky die Ansicht aus, dass bei dem Stoffwechsel der Epileptiker gewisse Schwankungen in Bezug auf den Gang der Reaktionen vor sich gehen, als deren Ausdruck thatsächlich eine verminderte Bildung und Ausscheidung von Harnsäure erscheint. Sobald diese Reaktion eine gewisse Intensität erreicht hat, entsteht vielleicht ein Produkt, welches giftig auf das Centralnervensystem wirkt, indem es Reizung der Krampfcentren verursacht und den epileptischen Anfall hervorruft. Sehr möglich, dass der epileptische Anfall selbst Bedingungen schafft (Anhäufung von Kohlensäure im Blute, veränderte Reaktion des Blutes), welche den Gang der anomalen Reaktionen unmöglich machen, so dass die Prozesse der Trennung weiter in normaler Weise vor sich gehen. Auf diese Weise wird das durch den Stoffwechsel gebildete Produkt, welches den Anfall hervorruft, durch diesen selbst zerstört. Seine Bildung und Vernichtung steht in engem Zusammenhange mit der Genese der Harnsäure und äussert sich in Verminderung und Steigerung ihrer Ausscheidung in Abhängigkeit von dem Anfalle. Die Anfälle selbst muss man betrachten als ein Mittel zum Schutze des Organismus vor dem anomalen Gange der Reaktionen, welcher ihn bald zum unvermeidlichen Untergange führen würde. Schliesslich zeigte Krainsky[2]) in seiner dritten sehr gründlichen Arbeit, dass als solche epileptogene Substanz das karbamidsaure Ammoniak aufzufassen ist. — Vor nicht allzulanger Zeit erschien eine neue Arbeit von Haig[3]), in welcher er seine frühere Anschauung von der Harnsäure aufrecht erhält. Diese, welche in nicht genügender Menge durch den Harn ausgeschieden wird, wird in den Geweben zurückgehalten und bewirkt Verengerung der Gefässe und Erhöhung des Blutdruckes, wobei dieser Vorgang, wenn er sich in der Empfindungssphäre des Gehirns abspielt, einen Migräneanfall zur Folge hat, — wenn in der motorischen —, einen epileptischen. Dadurch wird noch einmal die Ansicht bestätigt, dass die Migräne als Erscheinungsweise der sensiblen Form der Epilepsie aufgefasst werden kann.

---

[1]) N. W. Krainsky: Zur Pathologie der Epilepsie II, 1895, russ.

[2]) N. W. Krainsky: Die Pathologie der Epilepsie 1896, russ.

[3]) Haig: Further observations on the excretion of uric acid in epilepsy. The Brain, 1896.

Von neueren Autoren spricht sich Dimitropol[1]) dahin aus, dass die meisten Fälle von essentieller Epilepsie ihre Entstehung der Autointoxikation verdanken, welche u. a. auch durch urische Produkte des verlangsamten Stoffwechsels herbeigeführt werden kann; daher schlägt er auch zur Behandlung teilweise dieselben Massregeln, wie bei der Podagra, vor, z. B. alkalische Wässer, entsprechende Diät u. s. w. Nach Marinesco[2]) erscheint die Epilepsie als das Resultat einer Intoxikation mit einem endogenen Gifte, wobei selbst die sklerotischen Erscheinungen, die man im Gehirn von Epileptikern antrifft, ihre Entstehung demselben Gifte verdanken. Caro[3]), welcher die Untersuchungen meines Schülers Krainsky, über die Beziehungen des Gehaltes an Harnsäure im Harn zu den epileptischen Anfällen, einer Nachprüfung unterzog, konnte die Befunde Krainsky's bestätigen, insofern den epileptischen Anfällen fast immer ein Sinken des Harnsäuregehaltes im Harn vorhergeht.

Ich persönlich hatte die Möglichkeit, eine nicht geringe Anzahl von Fällen von Epilepsie bei Podagrikern zu beobachten; sobald ich mich überzeugt hatte, dass im gegebenen Falle die Epilepsie im Zusammenhang mit der urischen Diathese sich befand, so schlug ich zur Unterstützung der Behandlung eine antipodagrische Therapie ein und konnte nicht selten hierbei sehr günstige Resultate beobachten. Umgekehrt blieb in allen Fällen, wo ein genetischer Zusammenhang mit der Podagra existierte, jede Behandlung ohne entsprechende antipodagrische Therapie resultatlos.

Auf Grund meiner Beobachtungen über die eben erwähnte Gruppe von Epileptikern komme ich zu folgenden Schlussfolgerungen:

Unzweifelhaft giebt es Fälle von Epilepsie, in denen letztere in genetischem Zusammenhange mit der Podagra steht. Damit in solchen Fällen die Epilepsie zum Ausbruch komme, ist es erforderlich, dass neben der Podagra eine angeborene Prädisposition zur Epilepsie existiere. Nur für äusserst seltene Fälle gebe ich die Möglichkeit zu, dass Epilepsie durch Podagra allein hervorgerufen werden könne. Dort, wo ein genetischer Zusammenhang zwischen Epilepsie und Podagra existiert, giebt eine kombinierte antiepileptische und antipodagrische Behandlung sehr günstige Resultate. Eine antiepileptische Therapie allein ist in solchen Fällen wenig erfolgreich, schon besser wirkt die andipodagrische Behandlung allein. Es kommt vor, dass die Anfälle, die nach einer kombinierten antiepileptischen und anti-

---

[1]) Dimitropol: Essai sur la nature et le traitement de l'épilepsie, 1897.
[2]) Marinesco: Médecine Romaine, 1899.
[3]) Caro: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1900.

podagrischen Behandlung zum Stillstand gekommen waren, infolge von starken moralischen Erschütterungen wieder auftreten, aber sie bleiben in einem solchen Falle vereinzelt. Ein solches Auftreten vereinzelter Anfälle infolge eines Shockes giebt das Recht vorauszusetzen, dass ausser der podagrischen Diathese, die imstande ist, die Epilepsie hervorzurufen, noch unabhängig von dieser eine besondere Prädisposition existiert, die an und für sich bei Unterstützung durch andere ätiologische Momente, Epilepsie schaffen kann. Auf diese Weise erscheint die Gicht nicht als fundamentale Ursache der Epilepsie, sondern nur als Faktor, welcher imstande ist, die schon vorhandene Disposition zur Thätigkeit zu erwecken.

Als eines der wichtigsten ätiologischen Momente, die das Entstehen der Epilepsie begünstigen, gilt das Kindesalter. Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Erkrankungen an Epilepsie ab. Doch lehrt die genaue Analyse der diesbezüglichen statistischen Daten, sowie die klinische Erfahrung, dass die Erkrankungen im Alter häufiger sind, als in den mittleren Lebensjahren. Besonders lebhaft wurde diese Frage in der letzten Zeit behandelt, als eine ganze Reihe von Arbeiten über die Spät- oder Alters-Epilepsie erschien: Maupate,[1] Simpson,[2] Rossi,[3] Naunyn,[4] P. J. Kowalevsky,[5] Christian,[6] Redlich,[7] Lüth,[8] White,[9] Krüger[10] u. a.

Alle solche Fälle von seniler Epilepsie beruhen unzweifelhaft auf Sclerose der Arterien und der Nervensubstanz. Aetiologische Momente für die Entwicklung dieser Sclerose sind: Podagra, Syphilis, Alkoholismus, verschiedene organische Prozesse im Gehirn u. s. w. Die Altersepilepsie, die auf dem Boden der Arteriosclerose und der Sclerose der Nervenelemente sich abspielt, zeigt auf diese Weise einen unzweifelhaften Zusammenhang mit der Podagra, insofern diese als ursächliches Moment für die Arteriosclerose dienen kann.

In den letzten Jahren wurde die neue Frage der Arteriosclerose des Gehirns einer ausführlichen Bearbeitung unterzogen. In Bezug auf die Aetiologie dieser Krankheit ergeben diese Arbeiten folgende Momente: Podagra, Alkoholismus, Lues, Intermittens u. s. w. Unter den Symptomen

---

1) Maupate: Epilepsie tardive chez l'homme. Annales médico-psychol., 1895.
2) Simpson: Senile Epilepsie. Brit. Med. Journal, 1894. Journal of nervous and mental diseases, 1896.
3) Rossi: Epilepsia tardiva. Riforma medica, 1895.
4) Naunyn: Senile Epilepsie. Zeitschrift f. kl. Medizin, 1895.
5) P. J. Kowalevsky: Epilepsia senilis. Russ. Archiv Psychiatrii, 1897.
6) Christiani: Epilepsia tardiva. Archivio di Psychiatria, v. XVI.
7) Redlich: Senile Epilepsie. Wien. mediz. Club, 1900.
8) Lüth: Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. LVI.
9) White: The Journal of mental science, 1900.
10) Krüger: Psychiatrische Wochenschrift, 1900.

der Arteriosclerose des Gehirns spielen eine Rolle epileptische und epileptiforme Anfälle in der Form des Schwindels mit absence. Auf dieselben weisen hin: Grasset,[1] Mendel,[2] Regis,[3] Hutchings,[4] Gançon[5] u. a. Nach meinen Beobachtungen[6] zeigt die Arteriosclerose des Gehirns folgende Erscheinungen: 1. allgemeine: Sclerose der Arterien des Augenhintergrundes, der Gefässe an den Schläfen und an den oberen Extremitäten, — Vergrösserung des linken Herzventrikels, Accentuation des zweiten Tones und verlangsamter Puls (40—60 in d. M.), und 2. spezielle: Ohrensausen, Schwindel, mehr oder weniger beständig in der Art des epileptischen, — Uebelkeit, Anfälle von Angst, Abschwächung des Gehöres und des Gedächtnisses, Schlaflosigkeit und Obstipation; in seltenen Fällen epileptische Anfälle. Aetiologisch kommen für diese Krankheit in Betracht: Alkoholismus, Podagra, Syphilis, Infektionskrankheiten u. s. w.

Auf diese Weise stellen die Arteriosclerose des Gehirns und die senile Epilepsie gewissermassen Verbindungsglieder dar zwischen der Gruppe der epileptischen Erscheinungen und der der podagrischen, und die Lehre von diesen Krankheiten unterstützt noch einmal die Annahme von dem genetischen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Podagra.

II. Vereinsbericht.

Berliner psychiatrischer Verein.

Bericht der Sitzung vom 14. Dezember 1901.

Von **Dr. Max Edel**-Charlottenburg.

Bericht der Kommission über die Thesen des Herrn Schäfer-Lengerich („öffentliche Trinkerfürsorge“).

Thesen der Kommission.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind notwendig.
2. Diese Spezialanstalten können
   a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten;
   b) geschlossene, im Charakter der Irrenanstalten

sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezialanstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben. Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen, soll auf den hierfür besonders einzurichtenden Abteilungen der Grundsatz der Abstinenz als die Regel gelten.

---

[1]) Grasset: Du vertige cardio-vasculaire, ou vertige des arterioscleroux, 1890.
[2]) Mendel: Ueber den Schwindel. Berl. kl. Wochenschrift, 1895.
[3]) Regis: Neurasthenie et arteriosclerose. Presse médicale, 1896.
[4]) Hutchings: State hospital Bulletin, 1896.
[5]) Gançon: Vertige des arterioscleroux, 1897.
[6]) P. Kowalevsky: Arteriosclerose des Gehirns, Neurologisches Centralblatt, 1898.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden;
b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind die für Irrenanstalten geltenden Aufnahme-Bestimmungen massgebend. Diese sind mit Rücksicht auf die durch das B. G.-B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Bei Unterbringung von Trunksüchtigen, für welche Armenverbände in Betracht kommen, findet das Gesetz vom 11. Juli 1891 Anwendung. Es wird den durch dieses Gesetz verpflichteten Verbänden empfohlen, diejenigen Einrichtungen, welche Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht getroffen haben, zu benutzen und zu unterstützen.

5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswert, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt reichlich Gebrauch macht.

Guttstadt. Leppmann. Waldschmidt.

129) Berichterstatter **Waldschmidt** führt zunächst aus, dass die Kommission aus Zweckmässigkeitsgründen die Schäfer'sche These, Trunksucht ist eine Geistesstörung, nicht zum Ausdruck habe bringen wollen. Mit Beziehung auf die Veröffentlichung des Referenten (Die Trinkerfürsorge in Preussen. Zeitschrift des Königlich preussischen statistischen Bureaus, Berlin 1901) hebt W. hervor, dass die meisten Alkoholisten in die allgemeinen Krankenanstalten und nur etwa $^1/_8$ in die Irrenanstalten kommen. In beiden Kategorien solle die Aufnahme der Trinker geboten sein und zwar deshalb, weil man nicht bloss für dieselben Spezialanstalten einrichten könne; aber es müsse gefordert werden, dass in diesen Anstalten in Spezialabteilungen die Abstinenz durchgeführt wird. Bei Enthaltung von allen geistigen Getränken, der Vorbedingung für die Heilung der Trinker, schwänden vielerlei Störungen, welche nach Aufhören der Abstinenz aber wieder in die Erscheinung treten. Es bedürfe daher der dauernden Abstinenz von alkoholhaltigen Getränken für jeden Trunksüchtigen. Die Durchführung derselben wäre nur eine halbe Massregel, wenn das Wartepersonal nicht mit gutem Beispiel vorangehe. Die, welche sich mit der Trinkerbehandlung befasst hätten, wüssten, dass es nicht ohne Vorbild gehe. Der bisherige Standpunkt der Trinkerbehandlung sei einer gründlichen Reform bedürftig. Diese dürfe nicht den Zweck verfolgen, die oberflächlichen Krankheitserscheinungen zum Schwinden zu bringen. Der Delirant wird für gewöhnlich nach einigen Tagen geheilt entlassen; den chronischen Alkoholisten setzt man nach wenigen Tagen oder Wochen an die Luft, wenn die Erscheinungen, welche zu seiner Aufnahme Veranlassung gegeben haben, geschwunden sind. Auf dem jüngsten internationalen Kongress in Wien wurde ein Bericht über die Recidive der Alkoholisten und deren Wechselbeziehung zwischen Irrenanstalten und Gefängnissen vorgetragen. Bei Trinkern wurden in 20 bis 40 % Rückfälle beobachtet, die von neuem Gegenstand der Behandlung und des Strafvollzugs waren, während sie zu freien Zeiten als ordentliche Menschen dastanden.

Wenn wir keine zwangsweise Unterbringung der Alkoholisten gesetzmässig hätten, falle ein grosser Teil der Trunksüchtigen für die Heilbehandlung fort. Es entschliesse sich nur ein geringer Teil durch eignen Antrieb, eine Anstalt aufzusuchen. Ein grosser Teil aber würde bei rechtzeitiger und genügend langer Versorgung, auch widerwillig hineingebracht, von seinem Uebel befreit werden. Eine zwangsweise Unterbringung der Trinker müsse gesetz-

mässig auch möglich werden, bei denen der § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches Anwendung gefunden habe. Mit Rücksicht hierauf wären die Aufnahmebestimmungen durch behördliche Verordnung zu regeln. Es sei ganz unmöglich, die Sache zu lassen, wie sie bisher in Preussen obwalte. In Sachsen bestehe bereits eine Verordnung, dass entmündigte Trinker zwangsweise durch den Vormund einer Irrenanstalt zugeführt werden können. Das sei in Trinkeranstalten nicht möglich, weil die letzteren kein Detentionsrecht besässen. Das Detentionsrecht müsste auf die Trinkeranstalten auch ausgedehnt werden. Es wäre sehr gut, wenn man Heil- und Pflegeanstalten für Trinker trennen könnte, das sei aber nicht absolut erforderlich, werden doch auch Irrenheil- und Pflegeanstalten immer mehr verschmolzen. Die materielle Verpflichtung, für Trunksüchtige zu sorgen, müsse landesgesetzlich geregelt werden. Der deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit habe auf der letzten Jahresversammlung in Lübeck einstimmig eine Resolution aufgestellt: Es wird für eine dringende Aufgabe der Landesgesetzgebung erachtet, Ausführungsbestimmungen zu den reichsgesetzlichen Bestimmungen über die Entmündigung der Trunksüchtigen, insbesondere durch Klarstellung der Kostenfrage zu treffen. W. hätte sehr gern gesetzliche Massnahmen für Trinker gesehen, welche dem am 1. April 1901 in Kraft getretenen Fürsorgeerziehungsgesetz entsprechen. Dadurch werde der Staat verpflichtet, einen grossen Teil der Kosten zu tragen. Bei dem grossen Interesse, welches der Staat an der Heilung der Trunksüchtigen habe, wäre der Staat wohl verpflichtet, für die Kosten verbindlich gemacht zu werden. Aber W. will seine persönlichen Wünsche zurückstellen und beantragen, dem Vorschlag der Kommission zuzustimmen. Eine selbstverständliche Forderung enthalte These 5, dass nicht wie bisher Spezialanstalten für Trunksüchtige ohne ärztliche Leitung sein dürfen und dass diese auf spezialistischer Vorbildung fussen müsse. Auf einen Trunksüchtigen, dessen Entmündigung beantragt wäre, müsse der Richter durch Aussetzen des Entmündigungsbeschlusses einen Druck ausüben können, dass er sich einer Heilbehandlung unterziehe. Es sei prognostisch günstiger, Individuen zu haben, die sich freiwillig in Behandlung begeben, als wenn wir solange warten, bis die Leute wegen geistigen Defekts entmündigt sind. In der Schweiz sei es Thatsache, dass die Kranken, welche entmündigt oder zwangsweise einer Anstalt zugeführt wurden, eine ausserordentlich viel ungünstigere Prognose gaben, als die freiwillig Eingetretenen. Die Thesen wären sehr allgemein gehalten und hätten die des Herrn Schäfer nicht wesentlich berücksichtigt, weil die Kommission seinen Hauptsatz, wovon sich alles andere herleite, hier nicht aussprechen wollte und auch glaubte, nicht aussprechen zu dürfen. Durch diese vorgeschlagenen Thesen kämen wir einen Schritt weiter in der Trinkerfürsorge.

Der Vorsitzende (Moeli) bemerkt vor Eröffnung der Besprechung, dass, wenn auch der Gang der Verhandlung sich an die Thesen der Kommission anschliessen solle, doch die in den Schäfer'schen Sätzen ausgesprochenen Meinungen zu berücksichtigen sein würden. Er werde deshalb bei den einzelnen Thesen auf die entsprechenden Schäfer'schen Sätze verweisen. Schriftlich oder telegraphisch von Herrn Schäfer noch übermittelte Aeusserungen werde er an entsprechender Stelle zur Verlesung bringen.

Die Kommission habe vermieden, den in der ersten Schäfer'schen These erwähnten Zusammenhang zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit überhaupt

zu berühren. Auch wenn man die Identität der Begriffe nicht aussprechen wolle, könne man es doch für wünschenswert erachten, wenn man von Heilung, Anstalten und ärztlicher Leitung spräche, auf die häufige Verknüpfung der Trunksucht mit krankhaften psychischen Veränderungen hinzuweisen.

Er stelle anheim, ob dieser thatsächliche Zusammenhang erwähnt werden solle und verbinde die Besprechung hierüber mit der der These 1 der Kommission.

Bär: Sowohl in den Thesen von Schäfer wie in denen der Kommission werde der Schwerpunkt auf die Fürsorge in der Trinkeranstalt gelegt und mit vollem Recht. Aber wenn die Thesen für den Gesetzgeber bestimmt wären, so scheint es dringend notwendig, die Personen zu bezeichnen, welche in eine solche hineingehörten. Es existierten eine Menge Trinker, die nie in eine Trinkerheilanstalt, sondern immer in eine Irrenanstalt gehörten. Eine Masse Alkoholisten wären noch nicht für Irrenanstalten geeignet, aber einer öffentlichen Fürsorge bedürftig. Welche Personen gehörten nun in Trinkeranstalten? Schäfer habe sich geholfen, indem er meint, alle trunksüchtigen Personen wären geisteskrank. B. würde sagen, alle Personen der Kategorie, welche jetzt entmündigt werden, gehören in Trinkerheilanstalten, alle, welche der Trunksucht anheimgefallen sind, ohne mehr widerstehen zu können, und der Verarmung bis auf die Gemeingefährlichkeit. Zweitens fehle in diesen Thesen eine genaue Präzision, in welcher Weise diese Personen in die Anstalt kommen. Die freiwillige Art des Eintritts genüge in keiner Beziehung.

Guttstadt bittet These 1 der Kommission anzunehmen. Er führt zunächst aus, dass statistisch ein grosser Prozentsatz der wegen Delirium und Trunksucht in die allgemeinen Krankenhäuser aufgenommenen Personen in Berlin und allen grossen Städten in kürzester Frist als geheilt oder gebessert nach Haus entlassen ist. Daher hätten diese Personen keine Beziehung zur Geisteskrankheit. Mit dieser Bezeichnung geheilt und gebessert wurde die Trunksucht nicht beseitigt. Für diese Leute müsste Fürsorge getroffen werden. Spezialanstalten für Trunksüchtige wären daher notwendig. Der Armenverwaltung würde man durch Errichtung von solchen einen grossen Gefallen thun.

Wulffert meint, man müsse sich auf die Behandlung der Trunksucht beschränken, nicht die der Trunksüchtigen, deren eine erhebliche Zahl vorhanden sei. Er schliesst sich Herrn Bär darin an, dass es zweckmässig wäre, zu sagen, für welche Art der Trunksucht vorläufig die Vorschläge gedacht wären. Es käme hauptsächlich darauf an, für die wegen Trunksucht Entmündigten zu sorgen, dann für diejenigen, welche sich freiwillig in eine Anstalt begeben wollen, und schliesslich die gemeingefährlichen Trinker zu versorgen, endlich diejenigen, welche der Armenpflege zur Last fallen.

Falkenberg schliesst sich Herrn Bär ebenfalls darin an, dass es sich empfiehlt, auszudrücken, was wir unter Trunksüchtigen verstehen wollen. Die Meinung von Herrn Guttstadt, das Delirium tremens wäre eigentlich keine Geistesstörung, weil nach kurzem Heilung oder Besserung erfolge, teilt F. nicht. Das Delirium tremens ist eine Geistesstörung. Wenn Herr Waldschmidt sagt, wir wollen für die Entmündigten sorgen, so wollen wir gerade für diejenigen sorgen, welche noch nicht entmündigt sind. Ob die Entmündigten Heilungsaussichten bieten, sei sehr fraglich. Er wolle nicht so weit gehen wie Herr Schäfer und schlägt vor, die These 1 desselben so zu fassen: „Es giebt eine wohl charakterisierte Form von Geistesstörung, zu der ein grosser Teil

der bisher als trunksüchtig bezeichneten Personen gehören." Die Schäfer'sche These, Trunksucht ist eine Geistesstörung, führe zu Missständen auf rechtlichem und administrativem Gebiete.

Zinn bittet These 1 in der von der Kommission vorgeschlagenen Form anzunehmen. Er ist der Ansicht, dass die Beziehung der Trunksucht zur Geisteskrankheit überhaupt in der zweiten These zum Ausdruck gelangt. Trunksüchtige sind Kranke, sie gehören in Krankenanstalten, und zweitens sie sind vielfach Geisteskranke, sie gehören in Irrenanstalten. Daher sei es nicht notwendig, diese Beziehung in der ersten These besonders zu betonen.

Guttstadt weist darauf hin, dass die Beschäftigung mit der ganzen Angelegenheit durch das Bürgerliche Gesetzbuch gekommen sei und da danach Entmündigung von Trunksüchtigen ohne Geisteskrankheit möglich sei, müssten wir uns danach richten. Die Ansicht, Kranke in Trinkerheilanstalten zu bekommen, müsse uns bestimmen, nach aussen eine Frage nicht zu erörtern, zu deren Erörterung augenblicklich gar keine Veranlassung vorliege. Zinn habe richtig gesagt, dass die Trunksüchtigen entweder Kranke oder Geisteskranke sind. Jetzt wäre ein günstiger Augenblick, um wirklich ärztliche Trinkerheilanstalten zu bekommen. Deshalb bittet er die These, so wie vorgeschlagen, anzunehmen.

Bär bemerkt, dass danach Personen, welche entmündigt werden können, in eine Trinkerheilanstalt gehören sollten. Wir gäben aber doch eine Definition und sagen, Spezialanstalten sind notwendig für Personen, welche infolge von Alkoholismus ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen (entsprechender Antrag). Damit ist gesagt, dass wirklich Geisteskranke nicht hineingehören.

Waldschmidt: Sie betonen noch zu sehr den gesetzlichen Standpunkt. Es handelt sich nicht lediglich um Trunksüchtige, die entmündigt werden. Dass man es in einem Teil mit einer Geistesstörung zu thun habe, sei klar; es gäbe aber noch andere, bei denen dieses Moment nicht so sehr hervortrete. Zwei Drittel der Masse sei doch auf die allgemeinen Anstalten entfallen. Von diesen wäre nur ein kleiner Teil zu entmündigen gewesen. Wir sollten uns darauf nicht allzusehr einlassen. W. hätte vorgeschlagen als These 1: Trunksüchtige sind Kranke, weil er sich vorbehalten wollte, sie ev. in körperliche oder geistige Anstalten untergebracht zu wissen. Spezialanstalten seien notwendig mit dem eigentlichen Charakter der Kranken- resp. Irrenanstalten. Es wäre aber nicht richtig, wenn man sagte, Trunksüchtige sind Geisteskranke, weil man damit sagen würde, Trunksüchtige sind zu entmündigen, und das wären sie nicht.

Jolly macht eine kurze Bemerkung, die gegen den Vorschlag des Herrn Falkenberg gerichtet ist.

Wulffert wünscht ausgedrückt zu sehen: Spezialanstalten zur Heilung der Trunksucht und zur Versorgung der Trunksüchtigen sind notwendig.

Burghardt spricht zur Geschäftsordnung in längerer Ausführung und drückt den Wunsch aus, dass der Verein der deutschen Irrenärzte sich mit dem Thema beschäftige.

Moeli erwidert demselben, dass der psychiatrische Verein dazu berechtigt sei, den Gegenstand zu besprechen.

Alle Anträge werden abgelehnt, These 1 der Kommission angenommen.

Wulffert will in These 2 den Ausdruck „müssen" statt „können" gesetzt haben, was abgelehnt wird.

Moeli: Der Wortlaut der These 2b erfordert, wenn nicht die Worte nach Art der allgemeinen Krankenanstalten und im Charakter der Irrenanstalten ganz wegfallen sollen, noch eine gewisse Erläuterung.

Es könne durch „geschlossene im Charakter der Anstalten für Geisteskranke" bei Laien leicht ein Irrtum hervorgerufen werden, als wenn letztere Anstalten nur geschlossene Räume hätten. Das müsste doch vermieden werden. Noch weniger dürfe man die Meinung aufkommen lassen, „dass die unter „b" angeführten „geschlossenen" Anstalten für Trunksüchtige und überhaupt keine offenen Räume oder Abteilungen haben dürfen. Auch die jetzt in Anstalten für Geisteskranke befindlichen Alkoholisten werden natürlich zum Teil oder in einem gewissen Stadium ihres Aufenthaltes. ohne Abschluss in offenen Häusern — z. B. in Landhäusern behandelt. Es wäre also ein Rückschritt, wenn die irrige Meinung erweckt würde, dies solle künftig fortfallen. „Geschlossene" bezieht sich wohl nicht so sehr auf die Räume, als wie auch bei den Anstalten für Geisteskranke auf das Recht der Zurückhaltung.

Lähr jun. wünscht, dass die Worte zur Heilung hinter Alkoholisten eingefügt werden in dem Satz: Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen.

Bär: Die Abstinenzbehandlung der Alkoholisten sei zwar anerkannt, aber immerhin nur eine Methode. Es gäbe vielleicht andere, welche den Alkoholismus auf andere Weise behandeln, vielleicht nicht in so strenger Abstinenz. In der ganzen Medizin sei eine Methode, so strikte vorgeschrieben, doch ein Novum. Es sei daher besser, die Sätze, welche das Prinzip der Abstinenz vorschreiben, ganz wegzulassen.

Wulffert: Es ist hier nicht genügend getrennt zwischen dem zur Kost gegebenen und dem als Medizin gegebenen Alkohol. In den allgemeinen Krankenhäusern und Kliniken, welche Alkoholisten in erheblicher Menge aufnehmen, solle der Alkohol nur als Medizin verabreicht werden dürfen.

Jolly warnt davor, besonders einzurichtende Abteilungen der allgemeinen Krankenanstalten mit dem Grundsatz der Abstinenz zu fordern. Man würde sich lächerlich machen.

Zinn: Es sei nicht möglich, den letzten Satz der These 2 wegzulassen, ohne den vorhergehenden anders zu redigieren, da dieser noch viel positiver die Durchführung der Abstinenz verlange. Vielleicht könne man den letzten Satz so fassen: „Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen, empfiehlt es sich, den Grundsatz der Abstinenz zur Geltung zu bringen" und die Einrichtung besonderer Abteilungen fortzulassen.

Lähr: Nach den Worten des Herrn Jolly werde gerade dieser Gesichtspunkt durch seine Fassung gewahrt. Denn die Krankenanstalten nähmen die Trinker nicht zur Heilung des Alkoholismus auf, sondern zur Heilung des Herzens, der Leber oder der besonderen Psychose.

Guttstadt: Die Kommission habe sich vorgestellt, da es nicht überall möglich wäre, selbständige Anstalten für den Zweck einzurichten, man thäte gut, in den allgemeinen Krankenanstalten besondere Abteilungen im Sinne der Anstalten zur Behandlung Trunksüchtiger vorzuschlagen. Er bittet, das Amendement des Herrn Lähr anzunehmen.

Es wird bei der Abstimmung der ganze letzte Satz gestrichen.

These 3 wird bis zwangsweise angenommen.

Jolly empfiehlt auszudrücken, dass solche Bestimmungen erst getroffen werden müssten. Vorhanden wären sie ja noch nicht.

Waldschmidt: Es ist wünschenswert, dass Bestimmungen für Trinkerheilanstalten zur zwangsweisen Unterbringung der Trinker analog den Aufnahmebestimmungen für Irrenanstalten geschaffen werden. Wir wären gesetzlich durch das Bürgerliche Gesetzbuch darauf hingewiesen, Trinker zu halten.

Bär: Ein grosser Uebelstand bei der jetzigen Behandlung der Trunksüchtigen sei, dass freiwillig Eintretende jederzeit austreten können. Eine Massnahme für zwangsweise Zurückhaltung oder Zurückbringung analog den bekannten für die Irrenanstalten wäre notwendig derart, dass ein Retentionsrecht auch für diejenigen geschaffen werde, die sich freiwillig melden.

Waldschmidt: Wir haben keinen Passus, der uns berechtigte, entmündigte Trunksüchtige in Irrenanstalten zurückzubehalten.

Bär formuliert den Antrag, dass zur zwangsweisen Unterbringung und Zurückhaltung auch der freiwillig sich Meldenden Bestimmungen analog den für die Irrenanstalten geltenden zu treffen sind.

Waldschmidt: Dann verlangen Sie für alle Trinkerheilanstalten Detentionsrecht. Das entspreche nicht der These 1, wo von offenen Anstalten die Rede ist. Wir haben 40 Trinkerheilanstalten in Deutschland. Es sei undenkbar, diesen das Detentionsrecht zu geben, so gut es in Praxi sein möchte.

Bär: In England sei die Sache so geregelt, dass Trinkerheilanstalten vom Staat anerkannt und konzessioniert wären. In denselben, wo auch Freiwillige aufgenommen würden, sei das Retentionsrecht garantiert. Die Freiwilligen wären an die Zeit gebunden, für welche sie sich verpflichtet hätten.

Guttstadt: Es handle sich nur um eine zwangsweise Unterbringung derjenigen, welche noch nicht entmündigt sind. Die Kommission verlange behördliche Ordnung. Sie denke auch an die Armenverwaltung, welche einen Druck auf die Leute ausüben könne, in Trinkeranstalten sich zu begeben, wenn sie nicht entmündigt werden wollen. G. schlägt vor, das Wort Aufnahme wegzulassen.

Bär zieht seinen Antrag zurück.

Der Absatz wird, mit der von Herrn Guttstadt vorgeschlagenen, abgesehen von einer von Herrn Jolly befürworteten wörtlichen Aenderung, angenommen.

These 4.

Moeli verweist einleitend darauf, dass, wenn der Lübecker Satz 2 die Pflicht der Armenverbände zur Heilbehandlung hilfsbedürftiger Trunksüchtiger, anerkennt, er dies mit der ausdrücklichen Beschränkung thut, soweit die Trunksucht sich „im Einzelfalle als Krankheit“ darstellt.

Hier ist also doch die von Herrn Schäfer besonders betonte Beziehung in den Vordergrund gestellt worden und wohl mit Recht.

Ausserdem bedarf 4 einer besonders vorsichtigen Fassung. Auf den ersten Blick werden die Geldaufwendungen für solche Anstalten mehr ins Auge fallen, als der davon zu erwartende Nutzen. Umsomehr besteht die Verpflichtung, in sorgfältiger Weise zu erwägen, wie weit und unter welchen Voraussetzungen auch bei Entmündigten oder zu Entmündigenden und bei den andern, zum grossen Teil auch geistig geschädigten Trunksüchtigen diese Anstalten noch eine solche Wirkung entfalten werden, dass man ihre Gründung auf öffentliche Kosten verlangen könnte.

Daher müssten auch die Einzelheiten und Bedingungen der Errichtung wie des Betriebes genau festgestellt werden. Vorsitz. bringt eine Mitteilung des Herrn Schäfer zu Satz 4 zur Kenntnis.

Guttstadt wünscht hinzuzufügen: in Preussen. Hier wäre das von der Kommission vermiedene Wort Geisteskrankheit hineingeschmuggelt. B. verweist auf die Lübecker Thesen. Die Trunksucht sei im Einzelfalle als Krankheit, nicht als Geisteskrankheit aufzufassen.

Waldschmidt: Wenn es sich um körperliche Kranke handelt, so sind die Ortsarmenverbände verpflichtet, bei geistig Erkrankten die Landarmenverbände. In Lübeck waren die Vorstände der Behörden geneigt, für die Behandlung von Trunksüchtigen einzutreten, aber keiner wollte zahlen, und deshalb hat man die erwähnte These aufgestellt zur Regelung der Kostenfrage.

Jolly scheint die These 4 eine Gesetzesauslegung zu sein. Ob wir als medizinischer Verein berechtigt sind, das zu thun, glaube er nicht. Jedenfalls würde man damit keinen Erfolg haben. Die Juristen dürften sich wenig darum kümmern. Er schlägt daher vor, die ganze These zu streichen.

Bär bemerkt, dass für einen grossen Teil der in die Arbeitshäuser wandernden Trinker die Provinz eintreten muss; wir wollen sie aber nicht in die Arbeitshäuser bringen, sondern prophylaktisch in die Trinkerheilanstalten.

Wulffert giebt anheim, ob nicht These 5a von Herrn Schäfer an Stelle der These 4 der Kommission gesetzt werde. Die erste handle von der Inangriffnahme der gesetzlichen Regelung für die Zukunft. Dies könnte der Verein sich zu thun erlauben.

Guttstadt: Die Kommission hatte die Absicht, die Verwaltungsbehörde nur darauf aufmerksam zu machen, dass das Gesetz vom 11. Juli 1891 sich auf die Trunksüchtigen beziehen könne, da in ihm diejenigen aufgeführt sind, für welche die Armenbehörden zu sorgen haben. In dem Sinne empfiehlt er die These 4 anzunehmen.

Jolly spricht zu Gunsten der Schäfer'schen These 5a.

Letztere wird angenommen anstelle der These 4 der Kommission.

These 5 wird angenommen.

These 6.

Wulffert befürwortet, dass ausserdem noch der Eintritt in einen Abstinenzverein als Grund für den Richter gelten solle, um die Entmündigung aufzuschieben. Er hält dies für einen kürzeren Weg als bei Anstaltsbehandlung, bei deren Vermeidung viel Kosten und Mühe gespart werden könnten.

Jolly betont, dass bisher ausschliesslich von Anstaltsbehandlung geredet wurde. Er ist dafür, den Zusatz des Herrn Wulffert wegzulassen.

Bär: Eine analoge Einrichtung wäre die Polizeiaufsicht nach Entlassung von Gefangenen. Die Ausführung des Wulffert'schen Gedankens würde bei der Verwaltung Schwierigkeiten begegnen. Diese Vereine wären sehr labiler Natur. Man könne sie noch gar nicht als ein konstantes Element ansehen, mit welchem ein Staat rechnen könne.

Wulffert: Es handle sich nicht um jeden beliebigen Abstinenzverein. Es gebe aber beispielsweise bei uns zwei Vereine, deren Beruf es gleichsam sei, die Trinker zu heilen, die Guttempler und das Blaue Kreuz. Er glaubt, dass beide Orden den Direktoren der Privatheilanstalten mindestens ebenbürtig wären. Man könnte der Regierung überlassen, welche Vereine besonders zuzulassen wären.

Jolly rät davon ab.

Moeli spricht, wie er andern Orts ausgeführt hat, der Wirksamkeit der Vereine einen wesentlichen und für die meisten Fälle gar nicht entbehrlichen Anteil bei der Behandlung Trunksüchtiger zu. Handelte es sich um Massregeln gegen die Trunksucht im allgemeinen, so dürfte die Wirksamkeit der Enthaltsamkeitsvereine nicht beiläufig erwähnt, sondern müsste mit in den Vordergrund gestellt werden. Ein derartiges Vorgehen würde er durchaus unterstützen. Heute aber handle es sich nur um Anstalten für Trunksüchtige, so dass man zur Anführung der Vereine hier nicht gezwungen sei.

Ebenso wichtig wie die Wirksamkeit der Vereine bei der Fürsorge für Trunksüchtige, sei bezüglich des Entmündigungsverfahrens, mit dem sich Satz C beschäftige, die Nr. 3 von Herrn Schäfer über Heranziehung eines ärztlichen Sachverständigen. Auch seiner Meinung nach rechtfertige die Häufigkeit psychischer Abweichungen bei denjenigen Trunksüchtigen, bei welchen die Entmündigung auf Grund des in § 6, 3 angeführten Verhaltens eingeleitet wird, durchaus diesen Wunsch. Aus dem eben erwähnten Grunde aber, der Beschränkung der heutigen Besprechung auf die Anstalten, dürfe man auch diesen Punkt heute zurückstellen.

Wulffert befürwortet noch einmal seinen Zusatz, betreffend Aussetzung des Entmündigungsbeschlusses bei Eintritt in sich mit der Heilung der Trunksucht beschäftigende Abstinenzvereine.

These 6 wird angenommen.

Zu These 2 beantragt

Wulffert noch den Satz: Solange geschlossene Spezialanstalten für Trunksüchtige nicht geschaffen sind, treten an ihre Stelle einzelne Irrenanstalten, welche nach dem Abstinenzprinzip eingerichtet sind.

Es gäbe wohl offene Trinkeranstalten, aber noch keine geschlossenen. Für die geforderten geschlossenen Trinkerheilanstalten wäre ein Ersatz zu schaffen, wodurch die gemeingefährlichen Trunksüchtigen untergebracht würden. Wir besässen ja schon solche Abstinenz-Irrenanstalten in der Schweiz. Er schlägt vor, dass nicht sämtliche Irrenanstalten, sondern nur einzelne von ihnen, vielleicht in jeder Provinz eine, als Abstinenzanstalt eingerichtet werde, welche sich dazu eigne, sei es, dass sie grosse Ländereien für landwirtschaftliche Thätigkeit besitze, oder aus anderen Gründen.

Der Antrag wird abgelehnt.

Waldschmidt: So verlockend das scheinen möge, glaube er nicht, dass wir hier allzu viel Glück damit haben würden. Er drückt seine Freude darüber aus, dass aus dem Verzicht hierauf und auf die Einrichtungen besonderer Abteilungen in den Krankenhäusern mit Abstinenzprinzip für Trinker der Wunsch der Versammlung, dass die Trunksüchtigen in Spezialanstalten kommen sollen, nur um so deutlicher hervorgehe.

Die folgenden Thesen sind somit zur Annahme gelangt.

Thesen.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind notwendig.
2. Diese Spezialanstalten können
    a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten,
    b) geschlossene, im Charakter der Anstalten für Geisteskranke

   sein.

   Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezialanstalten geeignet,

welche das Prinzip der Abstinenz bei sämtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
   a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden
   b) zwangsweise

   erfolgen.

   Zur zwangsweisen Unterbringung sind Bestimmungen, analog den für die Anstalten für Geisteskranke geltenden zu treffen. Sie sind mit Rücksicht auf die durch das B. G.-B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.
4. Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschaffen ist.
5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.
6. Es ist wünschenswert, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses (§ 681, C.-P.-O.) bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt thunlichst oft Gebrauch macht.

III. Bibliographie.

XLV) **S. Ramón y Cajal**: Studien über die Hirnrinde des Menschen. 3. Heft: Die Hörrinde. Aus dem Spanischen übersetzt von J. Bresler. 68 Seiten, 21 Abbildungen. Leipzig, J. A. Barth. 1902.

Auf seine Studien über die menschliche Sehrinde und über die motorische Region hat Cajal die Hörrinde folgen lassen. Den Hauptinhalt der Arbeit bildet eine eingehende Schilderung der einzelnen Schichten und ihrer Zellen an der Hand von Golgipräparaten; auf die näheren Details kann hier unmöglich eingegangen werden; hervorgehoben sei nur, dass Cajal als das anatomische Hauptcharakteristikum des akustischen Centrums das Vorkommen einer spezifischen Zellart bezeichnet, über deren Verbindung und physiologische Bedeutung er nichts weiss; es sind dies grosse spindelförmige oder dreieckige Zellen, die über alle Schichten unregelmässig verstreut sind.

Die von Cajal fast ausschliesslich angewendete Methode bringt es mit sich, dass nur die Gehirne von Neugeborenen oder von Kindern aus den allerersten Lebensmonaten untersucht werden konnten; es verdient deshalb volle Beachtung der Satz (S. 35): „Jedenfalls dürfen wir nicht vergessen, dass die Golgi'sche Methode nur mehr oder weniger embryonäre Verhältnisse zu Tage fördert, welche in den späteren Jahren entsprechend der funktionellen Differenzierung, um sich der letzteren anzupassen, eine anatomische Veränderung erfahren.“ Es ist das eine Thatsache, die gewöhnlich nicht genügend hervorgehoben wird, wenn Golgipräparate von Embryonen und jungen Kindern mit Nisslpräparaten des Erwachsenen verglichen werden.

In der Einleitung hebt Verf. hervor, dass es bisher nicht möglich gewesen ist, genau die Grenzen für die physiologische Lokalisation der Gehörfunktion abzustecken, er vermisst ferner die topographische Trennung der akustischen Projektions- und Associationsbezirke; im Verlauf der Arbeit macht aber auch er nirgends den Versuch, diese Lücken in unserer Kenntnis auf Grund seiner

anatomischen Untersuchungen auszufüllen. Cajal spricht stets nur von der ersten Temporalwindung, ohne des genaueren anzugeben, aus welcher Gegend derselben seine Schnitte stammen.

Ein weiteres Kapitel handelt über die Hörrinde bei den gyrencephalen Säugetieren. Cajal hat bei diesen nicht die erste, sondern die zweite und dritte Schläfenwindung (Munk'sches Hörcentrum beim Hunde) untersucht. Er findet bei ihnen trotz mancherlei morphologischer Varianten Zelltypen, die denen der menschlichen Rinde ähneln. Die allgemeine Frage nach dem Hauptunterschied zwischen dem Gehirn des Menschen und der höheren Tiere beantwortet C. nach seinen bisherigen Studien dahin, „dass es nichts anderes ist, als die ausserordentlich grosse Zahl der Zellen mit kurzem Axencylinder und besonders der gebüschelten Zellen. Durch diese Ueberzahl von Zellen mit kurzen Associationsbahnen ist beim Menschen die beträchtliche Entwicklung der Körnerschicht und der Zellreichtum der Schicht der kleinen Pyramiden bedingt.“ Dazu kommt eine Vermehrung der kleinen und mittelgrossen Pyramiden, die sich „vielleicht“ in lange Associationsfasern fortsetzen; d. h. mit andern Worten: C. sieht die anatomische Grundlage für höhere psychische Funktionen in einer reichlicheren, komplizierteren Verknüpfung der Zellen unter einander; diese Verknüpfung geschieht aber nicht durch ein diffuses Gitterwerk von Fibrillen, sondern stets durch Axencylinderfortsätze, von Zellleib zu Zellleib.

Es folgt die Schilderung der Inselrinde. Dieselbe nähert sich im allgemeinen der Hörrinde, besitzt z. B. gleichfalls die akustischen Spezialzellen, hat aber auch einige besondere Eigentümlichkeiten.

Den Schluss macht eine kurze Notiz über das Corpus striatum, das mit der Hörrinde zwar nichts zu thun hat, aber einige Male bei den Untersuchungen gut mitgefärbt worden ist. Schröder.

XLVI) **Foerster, O.**: Die Physiologie und Pathologie der Koordination. Verl. von Gustav Fischer. Jena 1902. 316 Seiten.

In dem ersten Abschnitte behandelt F. die Physiologie der Koordination. Zum ersten Male, soweit mir bekannt, wird hier gesagt, was wir unter Koordination verstehen. Der Begriff der Koordination einer Bewegung hat nur einen Sinn in Bezug auf eine gestellte Aufgabe. Eine Bewegung ist koordiniert, wenn die den Bewegungswillen begleitende Bewegungsvorstellung durch die Bewegung selbst verwirklicht wird. Ahme ich den ataktischen Gang eines Tabikers willkürlich genau nach, so sind meine Bewegungen dabei sehr wohl koordiniert, sie verwirklichen genau die Aufgabe, welche ich mir gestellt habe.

In dem hier von mir gewählten Beispiele ist jede Einzelheit der auszuführenden Bewegung schon in der Vorstellung enthalten. Das ist nun bei den meisten Willkürbewegungen aber nicht der Fall. Wenn ich die Hand zur Faust schliessen will, so liegt in der begleitenden (räumlichen) Bewegungsvorstellung keineswegs schon inbegriffen, dass ich die Hand dabei durch Dorsalflexion gegen den Unterarm aufrichte. Ebensowenig sind die verschiedenen Phasen des Ganges in all' ihren Einzelheiten in der zum Gehen nötigen Bewegungsvorstellung vorhanden, und so ist im Grunde bei jeder willkürlichen Bewegung zugleich ein grösserer oder geringerer Teil ungewollter Muskelthätigkeit vorhanden.

Diese unbewusste Komponente willkürlicher Bewegungen gehört mit zum

Begriffe der Koordination, und kommt auf reflektorischem Wege zustande, durch den Reiz, welchen die beginnende Willkürbewegung auf die Sinneselemente vor allem in den Gelenken und ihrer nächsten Umgebung ausübt.

Diese bei jeder Bewegung erfolgenden Reize geben uns eine Wahrnehmung der Bewegung, wenn sie bis zu den Ganglienzellen der Grosshirnrinde fortgeleitet werden, und diese Wahrnehmung vermag eine Abweichung in der Ausführung der Bewegung zu korrigieren. Der Weg, auf welchem diese Korrektur erfolgt, wird von Förster der sensitivo-cerebrale Reflexbogen genannt. Er ist, wie das Beispiel der Blinden zeigt, durch Uebung einer weitgehenden Vervollkommnung fähig. Ihm ähnlich wirkt der visu-cerebrale Reflexbogen, welcher in der Retina beginnend an den gleichen motorischen Rindenzellen angreift, wie der vorige, und wie dieser die Koordination zu gewährleisten vermag. Die sensiblen Nerven, welche in dem bewegten Gliede beginnen, entsenden aber schon im Rückenmarke und indirekt durch Vermittelung der Clarke'schen Säulen-Neurone auch im Kleinhirn leitende Fasern zu den hier gelegenen motorischen Elementen, so dass während der Bewegung die Thätigkeit der motorischen Spinalzelle ausser durch kortikale, auch durch Einflüsse der spinalen Reflexkollateralen und durch solche, die ihr auf der cerebellospinalen Bahn zufliessen, reguliert wird. Diese subkortikalen Reflexbogen, der spinale und der sensitivo-cerebellare, denen F. noch den vestibulo-cerebellaren zugesellt, bedingen das Zustandekommen der ungewollten, in den Willkürbewegungen vorhandenen Muskelthätigkeit. Verf. nimmt noch an, dass jeder dieser zwei cerebellaren Reflexbogen eine centripetale und eine centrifugale Verbindung zum Grosshirn besitzt, und unterscheidet demnach noch eine sensitivo-cerebello-cerebrale und eine vestibulo-cerebello-cerebrale Bahn. Endlich existiere noch eine direkte vestibulo-cerebrale Bahn.

Alle diese Verbindungen, oder doch die wichtigsten, sind anatomisch nachweisbar vorhanden. Ihre gemeinsame Funktion ist es, die Koordination der Willkürbewegungen zu gewährleisten.

Da, abgesehen von den in den Sinnesorganen des Labyrinthes und des Auges beginnenden Reflexbögen, es kaum vorkommt, dass einer der Mechanismen total ausfällt, bei Unversehrtheit der anderen, so wäre es ein vergebliches Bemühen, die Rolle, die jedem einzelnen derselben bei der Koordination zukommt, genau bestimmen zu wollen.

Sicher aber ist es, dass der eine im Bedarfsfalle die Rolle des anderen übernehmen kann. Ist z. B. der sensitivo-cerebrale Reflexbogen, wie es bei der Tabes häufig ist, allein oder zugleich mit dem spinalen in dem aufsteigenden Schenkel geschädigt, so bemerkt der Kranke z. B. nicht, wenn der Oberschenkel beim Stehen sich gegen den Unterschenkel nach hinten neigt, und die notwendige, von dem spinalen Mechanismus normaler Weise ausgelöste Innervation des Quadriceps unterbleibt. Gelingt es dem Kranken, bei Anspannung der Aufmerksamkeit dieses Einknicken ohne hinzusehen noch zu bemerken, so kann er durch einen bewussten Akt den Quadriceps cruris innervieren. Er ersetzt den versagenden spinalen Mechanismus in diesem Falle durch den sensitivo-cerebralen. Dieser Ersatz wird mit Kompensation bezeichnet. Gelingt diese Wahrnehmung bei angestrengtester Aufmerksamkeit, weil auch dieser Reflexbogen zu stark gelitten hat, nicht mehr, oder doch nicht mehr rechtzeitig, so kann man den Kranken anhalten, mit den Augen die Bewegung

im Kniegelenke zu verfolgen. Dann übernimmt der visu-cerebrale Reflexbogen die Kompensation.

Hat der Kranke durch Anspannung der Aufmerksamkeit diese cerebrale Kompensation häufig genug ausgeführt, so stellt sich in der Regel heraus, dass allmählich die bewusste Anspannung nachlassen kann, und doch die erforderliche Muskelaktion eintritt. Schliesslich erfolgt die Koordination instinktiv.

Wie ist das zu erklären? Das Wesen der Aufmerksamkeit besteht nach F. in einer Herabsetzung der Reizschwelle zunächst der motorischen Rindenzellen, so dass diese nun schon auf den pathologisch geschwächten Zustrom der sensitivo-cerebralen Bahn antworten. Durch die häufige Wiederholung dieses Zustandes aber wird die erhöhte Reizbarkeit eine dauernde, und eine ähnliche Veränderung kann man ungezwungen, zufolge der häufiger vom cerebrum herabströmenden Reize, auch für die motorischen Rückenmarkzellen annehmen, so dass diese schliesslich wieder für die Reflexkollateralen zugänglich werden.

Durch Uebung hat eine neuerliche Bahnung eines subkortikalen Mechanismus stattgefunden.

Auf den Thatsachen der Kompensation und der Uebung beruht die Möglichkeit einer rationellen Bewegungstherapie.

Im zweiten Teile wird die tabische Bewegungsstörung behandelt. Das ist bisher in dieser eingehenden Weise noch nicht geschehen. F. zeigt sich hier als gelehriger Schüler Duchenne's, der auf dem von den grossen Franzosen gegründeten Fundamente weiterbaut. Unmittelbar aus der musterhaften Analyse der Bewegungsstörungen folgen wie von selbst die klaren und einleuchtenden therapeutischen Vorschriften. Hier ins Einzelne zu gehen, ist im Rahmen eines Referates unmöglich. Es kann dieses Buch jedem Arzte, welcher diese segensreiche Heilmethode seinen Kranken zu gute kommen lassen will, nur auf's wärmste empfohlen werden. Die Anschaulichkeit der Schilderung wird in dieser hervorragenden Arbeit durch eine grosse Zahl gut gelungener photographischer Abbildungen wesentlich unterstützt. Storch (Breslau).

XLVII) **Gustav Störring**: Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. Leipzig 1900, p. 468.

Nachdem Verf. in den zwei ersten Vorlesungen eine Begriffsbestimmung der Psychologie und Psychopathologie, sowie eine Einteilung des Gesamtgebietes gegeben hat, widmet er die fünf folgenden Kapitel der Frage nach den Beziehungen zwischen Empfindungen, Vorstellungen und Wahrnehmungen, indem er in reichlichem Masse die krankhaften Erscheinungen der Sinnestäuschungen berücksichtigt.

Gerade die Sinnestäuschungen, die er in Hallucinationen, Pseudohallucinationen und Illusionen einteilt, bieten ihm Gelegenheit zur Erörterung des Problemes, wodurch das Realitätsurteil, wie Verf. sagt, „die Objektivität einer Wahrnehmung", bedingt wird. Der Standpunkt, den St. hier einnimmt, dürfte am besten aus der fünften Vorlesung hervorgehen. Er knüpft hier an einen Fall von Pseudohallucinationen an, Sinnestäuschungen, welche der Kranke als solche erkennt, welchen er also im Gegensatze zu den wahren Hallucinationen keine „Objektivität", d. h. keine äussere Ursache zuschreibt. Es handelte sich um optische Erscheinungen von sinnlicher Deutlichkeit der

Gestalt und Farbe, welche unabhängig vom Willen des Kranken auftauchten und verschwanden, die aber, obgleich sie in einer bestimmten Entfernung vom Auge gesehen wurden, doch „in gar keinem Verhältnis zum schwarzen Sehfelde“ standen.

Verf. nimmt diese Aeusserung des Kranken wörtlich und folgert daraus: „Da den Pseudohallucinationen des Gesichtes die Einordnung in den jeweilig wahrgenommenen Raum fehlt, so können sie nicht in Abhängigkeit von der Reizung der Netzhaut und der Augenstellung und den dadurch gesetzten Bewegungsempfindungen stehen.“

Hierzu bemerke ich, dass es Bewegungsempfindungen des Auges nicht giebt, dass unwillkürliche Augenbewegungen überhaupt nicht empfunden werden, und andererseits der Wille zur Augenbewegung eine ebensolche Verschiebung der Sehdinge wahrnehmen lässt, wenn die Bewegung wirklich stattfindet, wie wenn sie durch mechanische Behinderung unmöglich gemacht ist.

Der Objektivitätscharakter sinnlicher Erscheinungen kann also nicht durch „Bewegungsempfindungen“ bedingt sein.

Aber ich halte den Fall überhaupt nicht für geeignet, derartige prinzipielle Schlüsse zu konstruieren. In der Aussage des Kranken, dass die Visionen, obgleich sie in angebbarer Entfernung vom Auge erschienen, in keinerlei Verhältnis zum schwarzen Sehfelde standen, ist ein Widerspruch enthalten, der sich meines Erachtens daraus erklärt, dass diesen Visionen etwas anhaftete, das der Kranke wohl fühlen, aber nicht sagen konnte. Solchen, ein Unaussprechliches enthaltenden Aussagen begegnen wir ja bei Geisteskranken oft genug, wenn sie ihre, eben nur subjektiv fühlbaren Vorgänge andern beschreiben wollen. Eine Einordnung in den wahrgenommenen Raum aber haben diese Erscheinungen ganz sicher gehabt.

Kann ich sonach mit Verf. darin nicht übereinstimmen, dass der Objektivitätscharakter einer Wahrnehmung durch Bewegungsempfindungen gegeben ist, so muss ich doch anerkennen, dass hierbei ein motorisches Moment in Frage kommt. Es beruht dieses Wirklichkeitsurteil auf einer gesetzmässigen Verknüpfung motorischer Erinnerungsbilder mit sinnlichen Erregungen, — bei besonnenen Menschen; bei Individuen, deren Besonnenheit gelitten hat, kann jeder sinnliche Erregungsvorgang zur Annahme seiner äusseren Bedingtheit führen.

Daher erscheint mir die scharfe Sonderung der Sinnestäuschungen in Hallucinationen, Pseudohallucinationen und Illusionen weder praktisch noch theoretisch gerechtfertigt.

Die folgende, mit der siebenten Vorlesung abschliessende Betrachtung über die Existenz gesonderter Hirncentren für Empfindung und Vorstellung leidet unter einer nicht genügend scharfen Abgrenzung der Begriffe. Was eine Vorstellung von einer Wahrnehmung unterscheidet, ist allein das Fehlen des sinnlichen Elementes. Letzteres fehlt in den normalen Vorstellungen der Objekte. Sobald es sich mit den Vorstellungen verbindet, verlieren diese ihren willkürlichen Charakter, und werden zu Hallucinationen. Eine Wahrnehmung ist also eine Vorstellung in Verbindung mit einer sinnlichen Erregung, und setzt also ausser der Thätigkeit der vorstellenden Hirnelemente eine solche der Sinneszentren voraus.

Die achte bis zwölfte Vorlesung handelt von den Afasieen. Diese Betrachtungen halten sich völlig auf dem Boden der landläufigen Anschauungen

von der Zusammensetzung der Sprachvorstellung aus motorischem und sensorischem Sprachbilde, und erörtern die Verknüpfung dieser Komponenten mit der Gegenstandsvorstellung, sowie mit den Buchstabenvorstellungen. Ob die Schreib- und Leseschemata des Verf. vor denen anderer Autoren einen Vorzug verdienen, hier zu erörtern, halte ich für müssig, da ich überzeugt bin, dass die ganze Grundlage der heute üblichen Anschauung über die Vorgänge beim Hören, Sprechen, Lesen und Schreiben unhaltbar ist. Betrachten wir dasjenige, was die Gehörswahrnehmung einer sinnlosen Silbenfolge in uns zurücklässt als Vorstellung, so ist klar, dass diese weder motorischer noch sensorischer Natur ist. Sie kann geweckt werden durch die sensorische Erregung des Gehörorganes, oder des akustischen Rindenfeldes, unterscheidet sich aber von der Wahrnehmung eben durch das Fehlen des sinnlichen Momentes. Andererseits kann sie gesprochen werden, dann löst sie einen motorischen Vorgang aus. In beiden Fällen aber ist sie einheitlich und nicht zusammengesetzt aus einer motorischen und sensorischen Komponente. Ebensowenig ist es angängig, die Vorstellung eines Buchstabens in eine Schreibbewegungs- und in eine optische Formvorstellung zu zerlegen. Die Formvorstellung des Buchstabens enthält nichts Sinnliches, oder braucht es wenigstens nicht zu enthalten. Ob ich einen Buchstaben sehe, oder ob ich ihn dadurch wahrnehme, dass meine Zeigefingerspitze passiv an ihm entlang geführt wird, oder dadurch, dass er mir auf die Haut geschrieben wird, — die Vorstellung ist immer die nämliche und bleibt die nämliche, wenn ich schreibe. Die Ausführung der Schreibbewegung ändert an der vorhandenen Buchstabenvorstellung gar nichts.

Vorlesung 12 bis 16 behandelt die amnestischen Zustände, die Erinnerungsdefekte verschiedener Natur, sowie im Zusammenhange damit die sonderbare Erscheinung des doppelten Bewusstseins. Mit Recht weist hier Verf. die Annahme unbewusster Vorstellungen zurück, und ersetzt sie durch den Begriff der dunkelbewussten Vorstellung. Hierbei handelt es sich keineswegs bloss um eine Wortvertauschung, sondern in der That um eine neue Anschauungsweise. Besonders der Erwähnung wert erscheint mir seine Auffassung der hysterischen und epileptischen Amnesieen. Dass ein Epileptiker sich der Erlebnisse während eines Dämmerzustandes bei klarem Bewusstsein nicht zu erinnern vermöge, sei teilweise darin begründet, dass seine Organempfindungen in den beiden Zuständen verschieden seien. Die Fähigkeit der Reproduktion könne dadurch, dass die Organempfindungen, welche während des Dämmerzustandes seine Wahrnehmungen und Bewegungen begleiteten, nicht mehr vorhanden wären, erklärt werden. Einige Beispiele von hysterischer Amnesie, wo im zweiten Zustande Anästhesien ausgedehnter Teile der Körperoberfläche bestanden, und eine Erinnerung an die Erlebnisse des Normalzustandes fehlte, während umgekehrt im Normalzustande das Erinnerungsvermögen für den Trance bestand, sind sehr geeignet, seine Anschauung zu unterstützen.

Ebenfalls in hohem Grade beachtenswert sind St.'s Ausführungen über Wahnideen. Er zeigt hier viele Berührungspunkte mit den Anschauungen, welche Gustav Specht in seiner Abhandlung über den „pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia" (Erlangen und Leipzig 1901) entwickelte. Auch St. glaubt, dass sich der Verfolgungswahn auf Grund einer misstrauischen Stimmung entwickele.

So interessant und in vielen Fällen zutreffend aber auch die Ansichten

St.'s erscheinen, so muss doch betont werden, dass die Neigung aus einzelnen Beobachtungen allgemein gültige Folgerungen abzuleiten, hin und wieder zu weit geht. Was einmal nachweislich zutrifft, braucht darum nicht ein allgemein gültiges Gesetz zu sein. Nirgends ist hier grössere Vorsicht geboten, als auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten.

Wenn also Verf. aus seinen Erfahrungen den allgemeinen Schluss zieht: „Die Annahme, dass die Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen aus Beziehungswahnideen hervorgehen, können wir also als hinfällig bezeichnen,“ so können wir dem nur entgegenhalten, dass etwas derartiges unter Umständen erfahrungsmässig vorkommt.

Alles in Allem ein interessantes Buch, reich an neuen und fruchtbaren Gedanken. Wenn es vielfach zum Widerspruche herausfordert, so scheint mir darin eher ein Vorzug als ein Nachteil zu liegen. Storch.

XLVIII) **W. Weygandt**: Atlas und Grundriss der Psychiatrie. 1902. (Lehmann's medizin. Handatlanten, Band XXVII.)

Welches Lehrbuch der Psychiatrie können Sie mir empfehlen?, so fragen wohl oft Kollegen aus der Praxis oder Studenten, ohne dass ich wenigstens mich imstande fühlte, ihnen ganz ohne Bedenken eines der jetzt gebräuchlichen in die Hand zu geben. Es muss daher als ein glücklicher Gedanke bezeichnet werden, ein kurzgefasstes Lehrbuch, resp. einen Grundriss der Psychiatrie zu schreiben, der vor allem der Praxis und den Studierenden dienen soll. Sehen wir zu, wie weit Weygandt's Atlas und Grundriss diesen Anforderungen gerecht geworden ist.

Weygandt gliedert seinen voluminösen Grundriss (628 Seiten) in einen kurzen allgemeinen Teil (167 Seiten) und einen speziellen, der den Rest des Buches umfasst. Was die Gesamtgrundlage des Grundrisses anbelangt, so sind das, wie es W. selbst in der Einleitung betont, die Lehren Kraepelin's. Einleitung wie Inhalt legen davon Zeugnis ab, wenn auch eine Reihe von Abweichungen, die aber keine sehr wesentliche Bedeutung haben, insbesondere von der Gruppierung Kraepelin's, sich finden. Natürlich soll damit nicht gesagt sein, dass W. uns einfach einen Auszug des Kraepelin'schen Lehrbuches gebe.

Wenden wir uns zu der allgemeinen Psychiatrie! Nach einleitenden Bemerkungen und einer kurzen Uebersicht über die Geschichte der Psychiatrie, bespricht W. die Ursachen der Geistesstörungen.

Zweckmässiger wäre es vielleicht gewesen, erst die Erscheinungen des Irreseins zu besprechen und später die Aetiologie. Im übrigen geben Einteilung und Inhalt dieses Kapitels die zur Zeit herrschenden Anschauungen übersichtlich wieder. Allerdings geht die Aufzählung aller der Gifte, die einmal zu psychischen Störungen führen können, etwas weit und wirkt verwirrend, besonders, da die wichtigen nicht genügend hervorgehoben sind. Bei der Infektion müsste betont werden, dass in der Regel nicht das Fieber an sich psychische Störungen bedingt, sondern dass zumeist die Toxine die gemeinsame Ursache für Fieber wie psychische Störung abgeben. Entschieden unberechtigt ist es, die traurige Verstimmung nach Gonorrhöe auf dieselbe Stufe mit den Psychosen nach Typhus etc. zu stellen; ferner wäre die ursächliche Bedeutung der akuten und chronischen Infektionskrankheiten schärfer zu trennen gewesen.

Bei den Nervenkrankheiten will W. die Epilepsie, Hysterie und Neurasthenie nur vom psychiatrischen Standpunkt betrachtet wissen, was wohl zu weit geht, da die psychischen Störungen bei diesen Erkrankungen oft nur angedeutet sind. Bei den Organkrankheiten hätten Leber- und Nieren-Erkrankungen eine Erwähnung verdient; der in demselben Kapitel eingefügte Satz, dass langdauernde Agonie sich in einem Befunde der Rindenzellen wiederspiegele, der an die Veränderungen bei akuten Infektionen erinnere, gehört kaum hierher und entspricht auch nicht den Thatsachen. Dass die „psychische Ansteckung" zumeist Fälle von Paranoia betrifft, ist nicht deutlich genug hervorgehoben; auch gilt die Ansicht Weygandt's, der psychisch Inficierte werde nach der Trennung von dem primär Erkrankten gesund, für das inducierte Irresein im engeren Sinne (Schönfeldt) ja gerade nicht. Die Ausführungen W.'s über Heredität und Degenerationszeichen sind durch die vorsichtige Bewertung dieser Erscheinungen ausgezeichnet. Zum besseren Verständnis von Art und Häufigkeit der in der Haft entstandenen Psychosen finden wir nur eine Statistik jüngsten Datums angeführt; richtiger wäre es gewesen, mehrere heranzuziehen, insbesondere bekommt man so ein unrichtiges Bild von der ja thatsächlich sehr grossen Häufigkeit des Ausbruches hysterischer Geistesstörungen in der Haft.

In der nun folgenden „allgemeinen Psychopathologie" ist die Darstellung der psychischen Elemente etwas lang und zu kompliziert für den Studenten, die übrigen Kapitel sind, wie man das bei der Vorbildung W.'s nicht anders erwarten kann, sorgfältig ausgeführt. Um nur auf Einzelheiten einzugehen, so liessen sich die Hallucinationen unter Fortlassung einiger Namen übersichtlicher gruppieren. Was weiter die Besprechung der Amnesie anbelangt, so ist es nicht richtig, dass retrograde Amnesie gerade bei Epilepsie so häufig ist, auch beruht es auf einem Irrtum, wenn W. behauptet, man erkläre die Reisen der Epileptiker im Dämmerzustande und ähnliche Erscheinungen durch die Annahme eines Doppeltbewusstseins, während man thatsächlich für diese Zeiten eine eigenartige Aenderung des Bewusstseinszustandes annimmt, ohne das sog. Doppeltbewusstsein zur Erklärung heranzuziehen, das ja auch auf einer ähnlichen Bewusstseinsstörung beruhen muss. Breit ausgeführt sind die „Störungen des Willens", insbesondere die bei der Dementia praecox. Bemerkenswert ist, dass W. einen „Stupor" (Pseudostupor) bedingt durch Stimmen anerkennt, während er es für ausgeschlossen hält, dass Manieren, Tics u. s. w. auf diese Weise zustande kämen. Da Stupor, Manieren, Tics fliessend ineinander übergehen, so ist nicht einzusehen, warum die Stimmen nur den Stupor, nicht aber die Manieren u. s. w. bedingen sollen. Die Behauptung W.'s, dass der Hypnotisierte auf Befehl Verbrechen begehe, wird wohl kaum Zustimmung finden. In einem eigenen Kapitel finden wir die „körperlichen Symptome" zusammengefasst, unter denen man das Romberg'sche Phänomen, Augenmuskellähmungen, Nystagmus, Neuritis optica u. a. vermisst, auch sind die Angaben über Sensibilitätsstörungen recht knapp. In der dann folgenden „allgemeinen Diagnostik" nehmen die experimentell-psychologischen Ausführungen einen viel zu breiten Raum ein.

Bei der Frage der Simulation müsste auf die Seltenheit der Simulation an sich hingewiesen werden, auch ist die Schwierigkeit der Beurteilung von „Simulation auf krankhafter Basis" zu wenig betont. Man kann mit einer derartigen Annahme nie vorsichtig genug sein, und z. B. einem Paranoiker

Simulation im wahren Sinne des Wortes, nicht etwa krankhafte Uebertreibung, unterzuschieben, scheint mir durchaus unstatthaft.

Die den Schluss des Kapitels bildenden Ausführungen W.'s über Ausstellung von Attesten werden ungeteilten Beifall finden. Auch der „pathologischen Anatomie" widmet W. ein eigenes Kapitel. Die Methoden der Gehirnsektion und der mikroskopischen Untersuchung und Färbung darin, wenn auch nur ganz kurz, wiederzugeben, geht weit über den Rahmen eines Grundrisses hinaus, ebenso die keineswegs einwandfreien Angaben über die normale und pathologische Anatomie der Ganglienzellen und ganz besonders über das Rindengrau. Wunderlicherweise finden wir hier den von Nissl begonnenen Kampf gegen eine, thatsächlich von fast niemandem vertretene, Auffassung der funktionellen Psychosen fortgesetzt. Die „Prognostik der Geisteskrankheiten" ist meines Erachtens nicht entfernt so weit, wie uns W. als echter Schüler seines Meisters Kraepelin glauben machen will; gerade dem Anfänger kann hier Vorsicht nicht genug gepredigt werden. In dem Kapitel: Therapie finden wir zuerst Abschnitte über „Vorbeugung", dann über „Anstaltsbehandlung" und „Indikationen zur Anstaltsaufnahme", denen man durchaus zustimmen wird. Höchstens hätte darauf hingewiesen werden können, dass auch die bei der langen Dauer der Geisteskrankheiten recht grossen Kosten die Angehörigen, resp. die Kommune möglichst lange mit der Verbringung in die Anstalt zögern lässt. Sehr am Platze wäre auch die Mahnung gewesen, die Kranken nicht, wie es leider noch so oft geschieht, in kleinen Krankenhäusern unterzubringen und dort für lange Zeit zu behalten, da dort selbstverständlich die geeigneten Einrichtungen fehlen und die Kranken deshalb nicht selten geradezu verkommen. Viel zu ausführlich sind dagegen weiterhin die Anstaltseinrichtungen besprochen. Es hat das für die Praxis keinen Zweck. Der Arzt, der sich dafür interessiert, hat ja jetzt überall reichlich Gelegenheit eine Anstalt zu besehen und sich über die einschlägigen Fragen zu unterrichten.

Dagegen hätte die Behandlung vor der Aufnahme sorgfältiger besprochen werden müssen, da man zuweilen doch gezwungen ist — unter Ablehnung aller Verantwortlichkeit — Geisteskranke im Hause zu behandeln; ferner fehlt hier die so nötige Anleitung zu dem Aufnahmeattest, die Aufzählung der für die Aufnahme nötigen Belege, Angaben, welche Behörden dabei zuständig sind u. s. w., alles Dinge, die freilich später im Kapitel „Verwaltungsrecht" kurz, aber nicht ausreichend, gestreift werden, und die in einem Grundriss wichtiger als Anstaltsbeschreibung mit Plänen u. dgl. sind. Demgegenüber hätte wieder die Behandlung in der Anstalt kürzer gehalten sein können, denn die Massnahmen, die nur im Rahmen der Anstalt möglich sind, haben für den Praktiker nur sekundäre Bedeutung. Das Verlangen, dass in keiner Anstalt Alkohol getrunken werden soll, halte ich für entschieden zu weitgehend. Man muss dabei — das gilt auch wohl für die später citierte Baseler Anstalt — mit den regionären Verhältnissen rechnen und schwachen Kranken, die schlecht essen, insbesondere auch bei Psychosen nach Infektionskrankheiten, Kollapsdelirium, Amentia, den leichten Landwein nicht vorenthalten. Auch sonst wird man den Alkohol nicht entbehren können, und man muss immer bedenken, dass die gewohnte Form am ehesten genommen wird. Was die „künstliche Fütterung" betrifft, so sollte diese bei erschöpften und gleichzeitig erregten Kranken schon am ersten Tage der Nahrungsverweigerung einsetzen, auch ist

sie oft geboten bei Kranken, die zwar stets essen, aber immer zu wenig und eines Tages ganz plötzlich kollabieren, wenn man sich durch ihre unzureichende Nahrungsaufnahme täuschen lässt. Was die „arzneiliche Behandlung" anbelangt, so halte ich die Gefahr des Bromismus für weit geringer als W., wofür auch die neueren Erfahrungen sprechen; ja ihre übertriebene Hervorhebung ist geradezu gefährlich, da diese Angst vor dem Bromismus dazu führt, speziell bei der Epilepsie ganz unzureichende Bromgaben und für viel zu kurze Zeit zu geben. Wir verfügen über zahlreiche Beobachtungen, wo sehr langdauernde und hohe Bromdosen, natürlich verbunden mit entsprechender Diät, nicht nur eine Besserung der epileptischen Störungen, sondern auch allgemeines Wohlbefinden der Kranken hervorriefen.

Auf das letzte Kapitel, die „forensische Bedeutung der Geisteskrankheiten" näher einzugehen, erübrigt sich.

Die „spezielle Psychiatrie" zeigt im ganzen die Einteilung Kraepelin's, wenn auch in anderer Reihenfolge: Angeborene Geistesschwäche und Entartungsirresein, darauf folgen Hysterie und Epilepsie, an die sich das manisch-depressive Irresein, die Paranoia und die Dementia praecox anschliessen, denen Paralyse, Rückbildungsirresein, Irresein bei Hirnerkrankungen u. a. wieder angegliedert sind. Zum Schluss finden wir das Erschöpfungsirresein, die Infektions- und Intoxikations-Psychosen. Das Kapitel „angeborene Geistesschwäche" ist wenig gelungen. Die von W. im Anschluss an Ziehen beliebte Trennung in Idiotie, Imbecillität und Debilität wiederspricht der erprobten Nomenklatur, in der man Imbecillität und Debilität zusammenfasst, da eine Trennung nicht möglich ist, während die Idiotie sich weit besser davon abgrenzt. Ferner ist die pathologische Anatomie viel zu ausführlich, besonders wenn man erwägt, dass W. selbst sagt, sie stehe erst in den Anfängen. Es würde genügen, Mikrocephalie, Hydrocephalus, Porencephalie etc. in wenigen Zeilen zu erwähnen, anstatt dies seitenlang zu besprechen. Noch dazu kommt Hammarberg, der Begründer der pathologischen Anatomie der Idiotie, garnicht zu seinem Recht. Nur bei den Gefässanomalien finden wir ihn genannt, nicht bei den Ganglienzellenveränderungen, wo sein Name an erster Stelle hingehörte.

Ebenso würde eine halbe Seite über die Idiotie vollauf ausreichen. Die erkennt der Anfänger leicht. Wir finden aber acht Seiten etwa über Idiotie und fünf über Imbecillität und Debilität, über letztere allein, die eigentlich dem entspricht, was die meisten Autoren Imbecillität nennen, nur ungefähr $1^3/_4$ Seiten. Dabei erscheint es verkehrt, auf das Rechnen besonderen Wert zu legen, wie es W. will; man erweckt bei dem Anfänger nur wieder die Vorstellung, wer nicht schlecht rechne, könne nicht an Imbecillität leiden. Die Urteilsschwäche wird mit einer Zeile abgethan, von der Neigung zum Lügen und Uebertreiben, der Selbstüberhebung, der „Haltlosigkeit im Handeln" (Sioli), der Unfähigkeit, die anscheinend guten Kenntnisse im praktischen Leben zu verwerten, dem Stimmungswechsel, der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit, der Resistenzlosigkeit gegen Alkohol, den so wichtigen nervösen Begleiterscheinungen hört man nichts oder so gut wie nichts. Bei der Prognose sind Imbecillität und Debilität garnicht genannt. Die „Behandlung" bezieht sich ebenfalls so gut wie ausschliesslich auf Idioten im gewöhnlichen Sinne und ist viel zu breit ausgeführt. Wir finden lauter Massnahmen genannt, die nur in einer Anstalt durchführbar sind und die deshalb für den Praktiker keinen Wert haben. Auch die

„forensische Bedeutung" der angeborenen Geistesschwäche ist ungenügend gewürdigt. Die so häufigen sexuellen Delikte, Diebstahl und Betrügereien sind nicht angeführt.

Unter „Entartungsirresein" bespricht W. zuerst die Déséquilibrés. Das von Möbius entlehnte Beispiel erscheint mir nicht unbedenklich, denn wer soll da schliesslich noch als normal gelten. Dann folgt die „abnorme Sexualempfindung", wo man vergebens den Namen C. Westphal's sucht, während u. a. Moll zitiert ist. Weiter schliessen sich an: die „konstitutionelle Neurasthenie", das „Zwangsirresein" — auch dort fehlt der Name Westphal's; W. meint wohl, jeder kenne dessen Verdienste —, die „konstitutionelle Verstimmung" und die „pathologischen Charaktere", alle meines Erachtens zu ausführlich, vor allem, da es sich um ein sehr unsicheres Gebiet handelt, wo es oft ganz willkürlich ist, wohin man den einzelnen Fall rechnet.

Bei den „pathologischen Charakteren" finden wir nun das Lügen, die sog. „Pseudologia phantastica" erwähnt, und W. behauptet, man rechne sonst solche Fälle immer zur Hysterie, während doch allbekannt ist, dass dies Lügen der Ausdruck der Imbecillität, der Hysterie und des Entartungsirreseins sein kann. Der hier zitierte Fall von angeblicher, über ein Jahr langer „Simulation" von Blind- und Taubheit bei einem pathologischen Charakter ist zum mindesten inbezug auf die Simulation zweifelhaft.

Das Kapitel „Hysterie" giebt ebenfalls zu schwerwiegenden Bedenken Anlass. Einmal ist die Behauptung wohl kaum haltbar, dass alle hysterischen Symptome direkt durch Vorstellungen vermittelt werden. Dann kommt nach einer etwas breiten Beschreibung der körperlichen Symptome der Hysterie die Erklärung, dass eine Reihe von Symptomen auf „Täuschung" beruhten. Gewiss, die Kranken brechen nicht wirklich Blut u. s. w., aber diese „Täuschung" entspringt der hysterischen Erkrankung genau so gut, wie etwa die Hemianästhesie, und das hätte gerade W., der doch die Hysterie nur vom psychiatrischen Standpunkt betrachtet wissen will, betonen müssen. Statt dessen finden wir zwei Seiten später schon wieder die „Neigungen zu Täuschungen und Simulation", es kehrt das wieder in einem Beispiel. Demgegenüber muss aufs nachdrücklichste betont werden, dass, wo wir die ausgesprochenen Zeichen der hysterischen Geistesstörung, das krankhafte Ueberwiegen der Gefühlsthätigkeit über den ruhig urteilenden Verstand, den krankhaften Stimmungswechsel, die starke Erregbarkeit u. s. w. finden, was übrigens von W. nur unzureichend beschrieben ist, dass da dieses Lügen und Uebertreiben zum ureigensten Wesen des hysterischen Geisteskranken gehört. Sie „lügen, wie andere Leute atmen."

Dieses wiederholte Warnen W.'s vor der Simulation bei Hysterie muss auf den Psychiater einen befremdenden Eindruck machen, der praktische Arzt wird sagen: „Aha, ich habe es ja immer gesagt, dass die Hysterischen simulieren," und schliesslich wird die Hysterie verschwinden und die Simulation bleiben. Das höchste Erstaunen muss aber endlich der Satz W.'s erregen, dass nur während der Dämmerzustände, Delirien, Krampfattacken, Stupor- und Schlafzustände die Hysterischen den Voraussetzungen des § 51 entsprechen. Das heisst meines Erachtens, das Wesen der Hysterie völlig verkennen.

Gilt denn die weitgehende Aenderung des Gefühls- und Vorstellungslebens bei der hysterischen Geistesstörung gar nichts? Es ist nur zu verwundern, dass W. den Ganser'schen Dämmerzustand anerkennt und ihn nicht auch als

Simulation oder mit Nissl als Katatonie auffasst. — Zu der Therapie sei nur bemerkt, dass die Selbstmordversuche der Hysterischen keineswegs immer „nicht ernst gemeinte" sind, wie W. behauptet.

Auf die „traumatische Hysterie", ich würde lieber sagen: „Psychoneurose nach Trauma" einzugehen, erübrigt sich bei der Kürze des Kapitels. Eigenartig berührt es, dass hier Gross und Röder zitiert sind, aber weder Oppenheim noch Jolly und so viele andere.

Wir kommen jetzt zu der „Epilepsie". W. schildert hier zuerst die verschiedenen Arten der Krämpfe, die Aura u. s. w.

Was die psychischen Störungen anbelangt, so legt W. den periodischen Verstimmungen wohl zu grosse Bedeutung bei. Andererseits hätten die Dämmerzustände eine sorgsamere Darstellung verdient, insbesondere kommt nicht klar zum Ausdruck, dass die Kranken sich vielfach ganz geordnet verhalten, überlegt zu handeln scheinen, während thatsächlich ihr Bewusstsein schwer gestört ist, und dass besonders charakteristisch ist, dass unmittelbar neben gleichgültigen Handlungen plötzliche Gewaltthaten zur Ausführung kommen. Die „triebartigen Handlungen", das „Fortlaufen" gehören wohl auch zu den Dämmerzuständen. Im allgemeinen müsste mehr zur Geltung kommen, dass es sich in den Dämmerzuständen nicht um ein Aufgehobensein des Bewusstseins, sondern um eine verschieden starke Aenderung des Bewusstseinszustandes handelt. Nur dadurch kann das so häufig noch ungenügende Verständnis für die psychischen Störungen der Epilepsie in den nicht psychiatrischen Kreisen recht gefördert werden. Bei der Diagnose fehlt ein Hinweis darauf, dass epileptiforme Insulte Ende des dritten Jahrzehntes und später immer an eine organische Erkrankung, insbesondere Paralyse oder Hirntumor, denken lassen sollten.

Bei der Therapie möchte ich mich noch einmal unter Hinweis auf das früher Gesagte gegen die übertriebene Furcht vor dem Bromismus wenden, die W.'s Ausführungen zu erregen imstande sind. Auch vermisse ich nähere Angaben über die Bromverabreichung, insbesondere auch, wie hohe Bromdosen Kinder, wie hohe Erwachsene haben sollen.

Ueberhaupt sucht man bei den therapeutischen Massnahmen vergebens nach ganz bestimmten Angaben, wie nun die Behandlung der Epilepsie eingeleitet und durchgeführt werden soll, was doch gerade für die Praxis die Hauptsache wäre.

Mit der nun folgenden Schilderung des manisch-depressiven Irreseins betreten wir W.'s spezielles Arbeitsgebiet. Wir haben ein wohl abgerundetes Bild des manisch-depressiven Irreseins im Sinne Kraepelin's vor uns. Damit ist eigentlich schon alles gesagt! Für W. existiert keine eigentliche Melancholie mehr; in der Jugend ist es die depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins, im Alter die Involutions-Melancholie, die aber nur als Gruppe des Rückbildungsirreseins zählt. Eine isolierte Melancholie in der Jugend giebt es nicht, ebensowenig überhaupt eine isolierte Manie.

Das alles ist wohl noch keineswegs einwandsfrei bewiesen. Insbesondere sind wir bis jetzt meines Erachtens nicht berechtigt, die melancholische (depressive) Phase des manisch-depressiven Irreseins und die Melancholie des Klimacteriums (Involutions-Melancholie) als zwei völlig verschiedene Krankheitsbilder aufzufassen. Die Hemmung fehlt der Melancholie des Klimacteriums sicher nicht völlig und ebenso finden wir, dass bei der depressiven Phase des manisch-depressiven

Irreseins traurige Verstimmung, Angst und Versündigungsideen weit häufiger und stärker ausgesprochen sind, als es W. annimmt. Es geht auch entschieden zu weit, dass man nun bei jeder manischen oder melancholischen Erkrankung in der Jugend eo ipso ein manisch-depressives Irresein annehmen soll. Ich möchte es vermeiden, auf diese Streitfragen näher einzugehen, da sie ja bis zu einem Grade, jedenfalls für einen „Grundriss" Doktorfragen sind. Ob es allerdings richtig war, diese noch viel umstrittenen Lehren mit solcher Schärfe in einem Grundriss schon zum Ausdruck zu bringen, das lasse ich dahingestellt.

Um noch auf einzelne Punkte einzugehen, so ist die so ausserordentlich wichtige Differentialdiagnose gegenüber dem Exaltationsstadium der Paralyse und gegenüber der katatonischen Erregung etwas kurz ausgefallen. Bei ersterer hätte noch darauf hingewiesen werden können, dass der Paralyse oft lange Zeit nervöse Beschwerden vorhergehen, dass die Wahnideen der Paralytiker massloser und weit zahlreicher sind, dass es immer sehr verdächtig ist, wenn jemand in den dreissiger Jahren zum ersten Male manisch erkrankt; bei der Abgrenzung gegen die katatonische Erregung war an das läppische und gekünstelte Wesen der Katatoniker noch zu erinnern.

Was die Therapie anbelangt, so liest man auch hier wieder statt bestimmten Vorschriften zu viel: „Andere empfehlen" u. a. Vor dem Gebrauch von Hyoscin bei Manie — wohl gar in der Praxis — kann nicht genug gewarnt werden. Zum Schluss muss ich aber noch bemerken, dass das Kapitel über manisch-depressives Irresein für einen Grundriss viel zu umfangreich ist. Es umfasst fast 60 Seiten, während Hysterie und Epilepsie zusammen nicht ganz so viel Seiten einnehmen.

Wie zu erwarten, ist die „Paranoia" auf wenige Seiten zusammengeschrumpft, da der grösste Teil zur Dementia praecox geschlagen ist. Diesem radikalen Verfahren wird sich mancher nicht anschliessen können und lieber einen grossen Teil der Dementia paranoides bei der Paranoia belassen. Der bekannten Definition, die Kraepelin der Paranoia giebt und die W. acceptiert, wird bald kein Paranoiker mehr genügen können.

Der Querulantenwahn hätte eine etwas eingehendere Besprechung verdient, vor allem fehlt eine klare Zusammenfassung der Hauptsymptome, die man auch in manchem anderen Kapitel vermisst. Der wichtigen Thatsache, dass manche Fälle von Querulantenwahn eine auffallende Besserung erfahren, hätte bei der Prognose gedacht werden müssen.

Die „Dementia praecox" bringt uns in anschaulicher Weise das Krankheitsbild, wie wir es aus dem Kraepelin'schen Lehrbuche kennen. Nur halte ich dies Kapitel mit seinen fast 90 Seiten für zu umfangreich für den Zweck eines Grundrisses, wenn ich auch sehr wohl die grosse Häufigkeit der Erkrankung anerkenne. Im Einzelnen unterscheidet W. eine Dementia simplex oder Heboidophrenie, weiter Hebephrenie, Katatonie und schliesslich paranoische Demenz mit mehreren Untergruppen.

Viel ist mit dieser Einteilung nicht gewonnen. Die drei ersten Formen — über die vierte haben wir unsere Ansicht schon dargelegt — haben eine gemeinsame Grundlage und zeigen so vielfache Uebergänge, dass eine Trennung kaum noch haltbar ist. Die Prognose der Dementia praecox hat W. schon etwas günstiger gestaltet als Kraepelin. Es müsste aber gesagt werden, dass, wenn auch, wie ich vollkommen zugebe, die überwiegende Mehrzahl der Kranken

verblödet, es nicht zu bezweifeln ist, dass manche Fälle günstig ausgehen. Es scheint mir dabei, wenigstens für die Prognosenstellung gegenüber dem Laien, ziemlich irrelevant, ob man von Remissionen auf Jahre oder von Wiederherstellung reden will. Die Anverwandten unserer Kranken wünschen ja vor allem zu wissen, wie die zur Zeit bestehende Erkrankung ausläuft, — denn dass psychische Störungen mit Vorliebe wiederkehren, weiss jeder Laie —, und da lässt sich, wie gesagt, nicht leugnen: Es giebt Fälle von Dementia praecox, die trotz der schwersten Erscheinungen wieder hergestellt werden, soweit jedenfalls, dass ihrer Umgebung keine Abweichung von der Norm bemerkbar ist, und darauf kommt es doch an.

In dem nun folgenden Kapitel, der „progressiven Paralyse", ist alles wesentliche übersichtlich zusammengestellt. Bei der schwierigen Differentialdiagnose gegenüber der Hirnsyphilis hätte vielleicht schon hier auf das eigenartige „Kommen und Gehen" der Symptome aufmerksam gemacht werden können. Ein Hinweis darauf, dass von vielen Autoren eine primäre Erkrankung der Gefässe bei der Paralyse angenommen wird, wäre bei der pathologischen Anatomie wünschenswert.

Ueber die „Involutions-Melancholie", zu der wir nun im Kapitel „Rückbildungsirresein" kommen, haben wir schon unsere abweichende Ansicht geäussert. Was die eben dort besprochene Dementia senilis anbetrifft, so hätten die Hauptsymptome schärfer hervorgehoben werden müssen, am besten am Beginne des Kapitels, gegen das sonst gewiss nichts einzuwenden ist. Das nächste Kapitel behandelt kurz das Irresein bei Hirnerkrankungen. Bei der Hirnsyphilis vermisst man die Anführung der eigenartigen Zustände von Halbträumen oder Halbwachen. Das „thyreogene Irresein" hätte meines Erachtens auf 1—2 Seiten ausreichend besprochen werden können, statt auf ca. 8. Man hat entschieden den Eindruck, dass W. sich hier, mehr als für den Grundriss gut ist, von einer persönlichen Vorliebe für dieses ja sehr interessante Gebiet hat leiten lassen. Unter dem „Irresein bei Nervenkrankheiten" steht an erster Stelle das „polyneuritische Irresein". Es ist sehr auffallend, dass W. diesen Namen noch anwendet, obwohl er doch wissen könnte, dass die Autoren darin einig sind, dass die Neuritis nicht zum Wesen der Erkrankung gehört. Dabei ist das ausserordentlich wichtige Symptom der Unorientiertheit gar nicht genannt, die andern sind nicht scharf genug präzisiert; auch hätte ein ungeeigneteres Beispiel kaum gewählt werden können.

An das kurze Kapitel über das Irresein bei Stoffwechselerkrankungen schliesst sich das über Erschöpfungsirresein, das das Kollapsdelirium, die Amentia und die Erschöpfungsneurasthenie umfasst und diese im Sinne des Kraepelinschen Lehrbuches abhandelt. Kapitel 26 umfasst die Fieber- und Infektions-Psychosen. Doch ist meines Erachtens — und auch W. selbst lässt diese Ansicht durchblicken — die besonders von Kraepelin eingeführte Trennung dieser Krankheitsformen von den Erschöpfungspsychosen nicht empfehlenswert, da man einmal in vielen Fällen nicht sagen kann, wie weit die Erschöpfung, wie weit toxische Einflüsse wirksam sind, und da ausserdem die klinischen Unterscheidungsmerkmale nicht ausreichend sind, wie W.'s eigene Beschreibung zeigt. Den Schluss des Grundrisses bilden die Intoxikationspsychosen, an erster Stelle der Alkoholismus. Er ist seiner Wichtigkeit entsprechend sorgfältig besprochen, insbesondere seine „rechtliche und soziale Bedeutung" ist mit Wärme

und überzeugender Kraft, wenn auch nicht frei von Uebertreibung, dargestellt. Im Einzelnen sei auf folgende Punkte hingewiesen: In der pathologischen Anatomie nehmen die Zellbefunde viel zu viel Raum ein, wie das auch an einigen anderen Stellen des Grundrisses auffällt. Man ist sich doch jetzt darüber einig, dass mit Zellveränderungen nach der Nissl'schen Methode nicht viel anzufangen ist. Das Verlangen, den Alkohol ganz aus der Therapie der inneren Krankheiten zu entfernen, wird mit Recht bei manchen Klinikern auf Widerspruch stossen. Dasselbe gilt für die Alkoholgaben bei Herzschwäche und Pneumonie der Deliranten, die W. durch Kampher, Kaffee u. a. ersetzen will.

Die letzten Kapitel endlich bringen alles Wissenswerte über Morphinismus und Cocainismus.

Zum Schluss noch einige allgemeine Bemerkungen! Einmal tritt überall eine, wie mir scheint, zu grosse Wertschätzung der Experimentalpsychologie hervor, die, so hoch man ihre Bedeutung auch anschlagen mag, für den Anfänger und die Praxis bis jetzt wohl kaum nutzbar gemacht werden kann. Dann müsste der Grundriss im allgemeinen kürzer sein, er würde dadurch entschieden gewinnen. Insbesondere scheinen mir die zur Demonstration angeführten Fälle viel zu zahlreich. Sie wirken so leicht ermüdend. Ein zweiter Punkt betrifft die Litteraturangaben. Ihre Auswahl muss entschieden befremdend wirken, sie erscheint — ich kann mich der Bemerkung nicht enthalten — beinahe tendenziös. Mir liegt — es bedarf das wohl kaum einer ausdrücklichen Versicherung — eine Geringschätzung der Verdienste Kraepelin's und seiner Schule durchaus fern, aber selbst ein Kraepelinianer wird nicht eine gewisse Verwunderung unterdrücken können, wenn er wahrnimmt, dass die weit überwiegende Mehrzahl der zitierten Autoren der Schule Kraepelin's angehören.

Den Namen C. Westphal's dagegen, der doch immerhin auch einige Verdienste hat, konnten wir trotz eifrigen Suchens nur unter dem Westphal'schen Zeichen entdecken, und in dem ganzen Kapitel über Epilepsie ist der Name Samt nicht zu finden. Andere derartige Beispiele haben wir schon kennen gelernt. Ich würde es durchaus verstehen, wenn W. völlig auf Litteraturangaben verzichtet hätte; wollte er das aber nicht, so durfte er nicht, wie es vielfach geschehen, die grundlegenden Arbeiten unerwähnt lassen, denn er konnte nicht annehmen, dass diese etwa Studierenden und praktischen Aerzten bekannt wären.

Schliesslich noch wenige Worte über den „Atlas"! Es fehlt uns bis jetzt noch die genügende Erfahrung, wie weit Abbildungen in so grosser Zahl, wie sie W. bringt, imstande sind, das Verständnis der klinischen Psychiatrie zu erleichtern. Ein abschliessendes Urteil wird sich daher noch nicht fällen lassen. Allerdings habe ich persönlich die Ansicht, dass die Mehrzahl der Photographien u. s. w. von Geisteskranken nur Wert haben für den, der auch die Kranken selbst gesehen hat, jedenfalls halte ich die Zahl der Abbildungen in dem Atlas W.'s für viel zu gross, auch hier wäre weniger mehr gewesen. Einige prägnante Bilder können beim Unterricht eine gute Unterstützung gewähren. Zu viele beeinträchtigen sich gegenseitig in ihrer Wirkung und verwirren leicht. Auf eine Kritik der Abbildungen im Einzelnen möchte ich verzichten, nicht wenige, wie z. B. die vom Decubitus, Othaematom u. a. scheinen mir zum mindesten völlig überflüssig.

Alles in allem kann ich nicht umhin, W.'s Grundriss als sehr ungleich-

wertig zu bezeichnen. Es spiegeln sich die Stärke wie die Schwäche der Heidelberger Schule in ihm wieder, und gerade die letztere tritt weit krasser und unverhüllter hervor, als in dem Lehrbuch Kraepelin's, da W. die weitgehende Erfahrung fehlt, die es Kraepelin ermöglicht, diese Lücken auszugleichen. E. Meyer (Kiel).

XLIX) **Theodor Kocher:** Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrat Prof. Dr. Hermann Nothnagel. IX. Bd., 3. Teil, 2. Abt. Wien 1901, p. 457. (Preis 13 Mk. 20 Pf.)

Nach eingehender kritischer Würdigung der in der Litteratur über den Hirndruck niedergelegten Anschauungen, nach sorgfältiger Erwägung der in Betracht kommenden, anatomischen, physiologischen und physikalischen Verhältnisse, giebt Verf. auf Seite 186 eine gedrängte Zusammenfassung seiner Anschauung über die Vorgänge beim Hirndruck zunächst unter der praktisch vielleicht niemals verwirklichten Annahme, dass der Hirndruck in der ganzen Schädelhöhle gleichmässig wächst, so dass alle Hirnteile jeder Zeit unter gleichem Drucke stehen.

Zunächst kann bei Beschränkung des für das Gehirn verfügbaren Raumes, sei es, dass diese erfolgt durch Vermehrung der intrakraniellen Liquor- und Blutmasse, oder durch Zunahme des Hirnvolumens, oder Zusammenpressung des Schädels, das Gehirn selbst gegen den Rückenmarkskanal ausweichen, in dem Medulla oblongata und Kleinhirn gegen das foramen occipitale hingedrängt werden. Der Liquor selbst tritt auf den reichlich vorhandenen Resorptionswegen in die Sinus, die Diploe und, solange dieser Weg offen ist, in den Rückenmarkskanal. Gleichzeitig mit dem Liquor wird das venöse Blut durch die V. jugularis, die Emissarien und die V. ophthalmica aus der Schädelhöhle verdrängt.

Hierdurch wird für längere Zeit, solange die Venen trotz Kompression Lichtung genug behalten, um das Blut abzuführen, eine Kompensation geschaffen. Schon in diesem sog. „Latenzstadium des Hirndruckes“ bestehen „köstliche Zeichen“ zur Stellung der Diagnose. So die Stauungspupille, welche nur deswegen der Beobachtung so häufig entgeht, weil sie ein sehr flüchtiges Symptom zu sein pflegt, und nur dann eine längere Dauer besitzt, wenn der verdrängte Liquor immer von neuem produziert wird. Auch ein Druckpuls, dadurch bedingt, dass die Medulla gegen das foramen occipitale angepresst wird, dürfte zu den ersten Symptomen gehören.

Wird nun z. B. durch Tumorenwachstum der Druck im Schädel weiter erhöht, so beginnt das Anfangsstadium des manifesten Hirndruckes durch fortschreitende Kompression der Venen arterienwärts, wodurch die Benützung der seitlichen Abflüsse an den Sinus und Endstücken der Venen unmöglich wird. Es kommt zur Stauung des Blutes mit einer bei Diastole besonders erheblichen Verminderung der das Kapillargebiet durchfliessenden Blutmenge, zur Dysdiämorrhysis im Kapillargebiet. Zerrungserscheinungen an den Hirnhäuten, funktionelle Störungen der schlechter ernährten Hirnmasse äussern sich in diesem Stadium als Kopfschmerzen, Schwindel, Gliederschmerzen, Unruhe, Delirien, Jaktation, Schlaf mit Träumen.

Das Höhestadium des manifesten Hirndruckes setzt ein in dem Momente,

wo der Aussendruck die Höhe des Druckes in dem Kapillargebiet erreicht. Die Kapillaren klappen zusammen, das anämische Hirn stellt seine Funktion ein. Dass in diesem Augenblicke der Tod trotz der Anämie der Medulla oblongata noch nicht eintritt, beruht auf einer höchst merkwürdigen Eigenschaft des Vasomotorenzentrums. Für dieses wirkt die Anämie als Reiz. Der Blutdruck erhebt sich über die Höhe des Hirndruckes, so dass das Blut wieder durch die Kapillaren getrieben wird, das gelähmte Atmungszentrum nimmt infolge der erneuerten Blutdurchströmung seine Thätigkeit wieder auf. Das geschieht aber nur solange, als das Blutdruckzentrum durch Anämie gereizt ist, mit dem Eintritte der Diämorrhysis sinkt der Blutdruck wieder, Anämie tritt ein, und so besteht ein Wechsel zwischen Adiämorrhysis und Eudiämorrhysis. Anders das Vaguszentrum; dasselbe wird schon durch ausgesprochene Dysdiämorrhysis gereizt, und zwar nachhaltig und ohne einen vom Wechsel des Blutgehaltes und damit vom Gefässzentrum direkt abhängigen Einfluss.

Bei noch stärkerem Druck wird die durch das Gefässzentrum erreichbare Regulation eine unvollständige. Nur noch in der Systole vermag der Blutdruck in den Kapillaren die Strömung zu unterhalten, der Wechsel von Adiämorrhysis und Eudiämorrhysis macht dem Wechsel von Adiämorrhysis und Dysdiämorrhysis Platz. Durch mangelhafte oder periodische Erregungen eingeleitet, wie Zittern, Nystagmus, Schwankungen der Pupillenweite, Unregelmässigkeit des Pulses und der Atmung kommt es zu völlig aufgehobenem Bewusstsein mit Erlöschen jeglicher Funktion der Hirnrinde, starren, weiten Pupillen, durch lange Pausen unterbrochener schnarchender Atmung, raschem und kleinem Vaguslähmungspuls, und Tod bei sinkendem Blutdruck.

Dieses hier gezeichnete Bild des gleichmässig zunehmenden Hirndruckes kommt beim Menschen fast nie zur Entwickelung. Bei Blutungen, entzündlichen Prozessen oder Tumoren, wird, wie man sich bei Sektionen leicht überzeugen kann, der Hirndruck niemals gleichmässig fortgeleitet. Die dem Krankheitsherde unmittelbar anliegenden Teile, besonders die zwischen ihm und dem Knochen gelegenen, welche nicht ausweichen können, werden unter einem stärkeren lokalen Drucke leiden, als weiter entfernte und günstiger gelegene. Das Gehirn ist eben keine Flüssigkeit, welche jegliche Druckschwankung ungehindert sich ausbreiten lässt. Und so wird an manchen Stellen Dysdiämorrhysis oder gar Adiämorrhysis herrschen zu einer Zeit, wo das übrige Gehirn, speziell die Medulla oblongata, zumal da diese nach dem Rückenmarkskanale ausweichen kann, sich noch im Zustande der Eudiämorrhysis befindet.

Es ist leicht einleuchtend, wie verschiedenartig sich hiernach das Symptomenbild des Hirndruckes, je nach der Lokalisation des raumbeengenden Krankheitsprozesses gestaltet, wie sich Reizungs- und Lähmungserscheinungen der einzelnen Hirnteile in jedem Zeitpunkte auf das verschiedenartigste verbinden können. Dementsprechend gestaltet sich natürlich die Diagnose, besonders die Beurteilung des Stadiums zu einer recht schwierigen.

Da der Hirndruck nur wirkt durch eine Veränderung der Blutzirkulation, und zwar auf rein mechanischem Wege, da z. Z. keine bekannte Thatsache zur Annahme besonderer Gefässnerven der Hirngefässe zwingt, wird die Therapie, sofern sie nicht durch Trepanation oder Ventrikelpunktion den Hirndruck unmittelbar herabsetzt, durch Beeinflussung des Blutdruckes günstig auf die gedrückten Hirnteile einwirken können.

Im Latenzstadium, sowie im Stadium der Stauung eines Hirnabschnittes wird die Herabsetzung des Blutdruckes eine Volumsabnahme des Gehirns durch Entleerung der Hirnvenen erzielen können, und damit die Eudiämorrhysis wieder einleiten. Ein Aderlass wird in diesem Stadium günstig wirken, wie ja auch der spontane Eintritt einer Nasenblutung mit nachfolgender Besserung gelegentlich zeigt.

Ganz anders stellen sich die Indikationen aber, sobald es sich um reinen Hirndruck handelt ohne abnorme Liquorbildung, wenn bereits das Stadium der Anämie in den Zentren der Hirnrinde erreicht ist und für die lebenswichtigen Zentren der Medulla oblongata sich ankündigt. Dann wird eine Erhöhung des Blutdruckes die Kapillaren wieder passierbar machen; geeignete Massnahmen sind künstliche Respiration, Autotransfusion durch Umschnürung und Hochlagerung der Beine, Kochsalztransfusionen und Blutdruck steigernde Medikamente.

Das souveräne Mittel aber bleibt in allen Fällen die Trepanation. „Und wenn es zehnmal richtig ist, dass Herdsymptome häufiger auf direkter Zerstörung von Hirnsubstanz, z. B. Kontusion, beruhen können, so ist es zehnmal kein Fehler, wenn ein solcher Fall trepaniert wird, bei Verdacht, dass ein lokaler Druck dabei im Spiele ist“ (p. 263).

Von dem Hirndruck, der durch allmähliche Zunahme der Spannung im Schädelraum entsteht, unterscheidet sich die Kommotio oder Koncussio prinzipiell durch das momentane Einsetzen eines erhöhten Druckes, wie er bei Fall oder Schlag auf den Schädel, durch das Eindringen eines Fremdkörpers, eines Geschosses z. B. in praxi am häufigsten zustande kommt. Dabei findet gleichzeitig eine Verschiebung des Gehirnes infolge der verschiedenen Trägheitsmomente der den Schädel erfüllenden Massen statt; das Gehirn wird gegen die Schädelwand angeschleudert und es kann zu Zerreissungen der Hirnsubstanz und der Gefässe kommen. Je elastischer der Schädel, je grösser also die durch den Stoss auf die Gehirnkapsel übertragene Energiemenge, desto weniger Energie bleibt übrig für die Deformation des Gehirnes selbst. Es kann aber in leichten Fällen diese Verschiebung des Gehirnes eine nur unbedeutende sein, oder Hirnteile betreffen, deren Zerstörung keinen merklichen Funktionsausfall hervorruft, und dann wirkt die Kommotio einfach als akute Erhöhung des Hirndruckes durch plötzliche Anämisierung des Gehirns. Die Symptome der Kompressio cerebri treten in umgekehrter Reihenfolge auf. Allerdings giebt es gewisse Symptome der reinen Kommotio, welche sich durch allmähliche Drucksteigerung überhaupt nicht erzielen lassen. Namentlich auffällig ist die Sicherheit, mit welcher durch plötzliche Druckänderung Herzstillstand herbeigeführt wird. (Keineswegs immer Choc- oder Reflexwirkung.)

Besonders erwähnen möchte ich noch die so häufigen kleinen und grösseren Zerfallsherde, die hauptsächlich in der Richtung des Stosses gelegen sind. Tritt der Tod wenige Stunden nach der Kommotio ein, so entgehen sie meist der Obduktion; in späteren Stadien imponieren sie als kleinere oder auch sehr grosse anämische oder hämorrhagische Erweichungsherde, und geben nicht selten Anlass zu späteren Hämorrhagien, die unter den Erscheinungen der Kompression auftreten.

Ich kann im Rahmen eines Referates natürlich nicht über eine dürftige Erwähnung der Hauptsachen hinausgehen. Die Kocher'sche Abhandlung ist meines Erachtens ein Meisterwerk, eine Monographie, wie sie sein soll; sie

zeichnet sich aus durch eine umfassende Beachtung der Litteratur, durch eine ungemein ausgedehnte persönliche Erfahrung des Autors auf klinischem und experimentellem Gebiete, und besitzt — last not least — den Vorzug, trotz grösster Gründlichkeit in anziehender und fesselnder Weise geschrieben zu sein, so dass man bei der Lektüre die Schwierigkeit der behandelten Fragen kaum bemerkt.

Die letzten 70 Seiten behandeln die Projektion der Hirnzentren auf die Kopfhaut, sowie die Operationen am Gehirn und dürften insbesondere den Chirurgen interessieren. Storch (Breslau).

L) **Schlesinger**: Die Syringomyelie. (Zweite, vollständig umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. 88 Abbildungen im Texte. Leipzig und Wien 1902. Verlag von Franz Deuticke.)

Die Syringomyelie hat in dem Werke Schlesinger's eine ganz ausgezeichnete Darstellung gefunden. Mit vollkommener Vollständigkeit hat Verf. alles berücksichtigt, was von anderer Seite über Syringomyelie geschrieben worden ist, und hat in wertvoller Ergänzung des vorliegenden litterarischen Materials seine eigene ungemein grosse Erfahrung für die Darstellung der Krankheit heranziehen können. 120 eigene klinische Beobachtungen haben ihm zur Verfügung gestanden, und mehr als dreissig anatomische Untersuchungen. Was ihm von diesem Material als das wichtigste erschien, das giebt er in 56 ausführlicheren Krankengeschichten, resp. Sektionsberichten am Schluss. Nur wenige Krankheiten aus dem Gebiete der Neuropathologie haben bisher eine so umfassende und mit vollkommener Beherrschung des Stoffes geschriebene monographische Bearbeitung erfahren; für die Tabes z. B. fehlt es noch ganz und gar an etwas ähnlichem. Das Referat vermag aus dem Inhalt des Buches natürlich nur einiges wichtige herauszunehmen. Im Anfang bekommen wir eine „klinische Begriffsbestimmung". Unter Syringomyelie verstehen wir eine ätiologisch nicht einheitliche, chronisch progrediente Spinalaffektion, welche zur Bildung langgestreckter, mit Vorliebe die zentralen Rückenmarksabschnitte einnehmender Hohlräume und oft auch zu erheblicher, der Spaltbildung gleichwertiger und letzterer vorangehender oder koordinierter Gliaproliferation in nächster Umgebung der Hohlräume oder mit gleicher Lokalisation, wie letztere, führt. Das klinische Bild ist sehr abwechslungsreich; mannigfache Störungen motorischer, sensibler, trophischer und sekretorischer Natur charakterisieren es, hinzukommen häufig überwiegend halbseitige Bulbärsymptome etc. Man würde wohl besser diese Definition als eine anatomisch-klinische zu bezeichen haben. Unter den motorischen Symptomen hebe ich als weniger bekannt die bisweilen beobachteten paramyotonischen Erscheinungen hervor, meist in Muskeln, die auch sonst nicht vollkommen funktionsfähig sind. In den Muskeln kann es ferner bisweilen zu einer Myositis ossificans von beschränktem Umfange, namentlich in der Nähe erkrankter Gelenke kommen. Von Parästhesien sind solche des Kältegefühls häufig; auch Schmerzen kommen vor, namentlich Blitzschmerzen, aber seltener als bei Tabes. Die viel umstrittene Frage der Anordnung der Sensibilitätsstörungen sei dahin entschieden, dass meist der segmentale Typus zur Beobachtung kommt, dass aber auch, wenn auch viel seltener, ein gliedweises Befallensein auftreten kann. Zweimal kamen Sensibilitätsstörungen in Form von spiralförmigen, die Extremität umgreifenden

Bändern, vor. Ebenfalls selten ist ein Brown-Sequard'scher Symptomenkomplex; sensible Hemiplegieen kommen ferner vor durch langgestreckte Hinterhornerkrankung und durch begleitende Hysterie. Die Unterscheidung der letzteren beiden Fälle ist, wie wir auch an unserem Material erfahren haben, gewiss nicht immer leicht. Physiologisch sehr interessante Ergebnisse liefert die Untersuchung der Schleimhäute bei Syringomyelie inbezug auf den Temperatursinn; es zeigte sich z. B., dass die Temperatur-empfindenden Fasern der Harnblase nicht mit denen der Haut gemischt verlaufen. Ebenfalls physiologisch interessant sind die Untersuchungen über den Drucksinn; es ergiebt sich, dass das Druckgefühl in der Haut hochgradig herabgesetzt oder erloschen sein kann, während das Tastgefühl und der Drucksinn, in gewöhnlicher Weise geprüft, keine Anomalie zeigt. Sehr genau sind die Anomalien der Schweisssekretion geprüft, es wird auf lokalisierte sudorale Anomalien aufmerksam gemacht und von diesen auf bestimmte spinale Schweisszentren geschlossen. Gelenkerkrankungen kommen in etwa einem Viertel der Fälle vor, zu 80 % an den oberen, zu 20 % an den unteren Extremitäten; umgekehrt wie bei der Tabes; ein weiterer Unterschied ist, dass bei der Syringomyelie symmetrische Arthropathien seltener sind; die anatomischen Verhältnisse dagegen gleichen denen bei der Tabes. Aehnliches gilt für die Spontanfrakturen, die bei der Gliosis bei weitem am häufigsten die Vorderarmknochen betreffen. Auch spontane Knochennekrosen kommen vor.

Unter den Vergrösserungen einzelner Körperabschnitte erwähnt Verf. des Vorkommens einer Podomegalie, die sich im Laufe weniger Monate entwickelte. Zu beherzigen ist der Schluss des Verf., Akromegalie und Syringomyelie haben mitunter ähnliche Erscheinungen, aber beide Affektionen sind prinzipiell verschieden und ihre Kombination wurde bisher nicht beobachtet. — Die Bulbärsymptome, deren Kenntnis durch die Untersuchungen des Verf. besonders gefördert wurde, erfahren eine umfangreiche Besprechung. Es sind zu unterscheiden direkte, durch Syringobulbie veranlasste Herdsymptome und indirekte Begleitsymptome, die ihre Entstehung einer komplizierenden Affektion verdanken. Direkt werden nur der V.—XII. Gehirnnerv geschädigt sein können, da die Hohlräume nie über das cerebrale Ende des Facialiskerns hinausreichen. Unter den indirekten Symptomen hebe ich hervor die Einschränkung des Gesichtsfeldes; unter 130 Fällen fand sich 38 Mal eine solche, davon waren 14 Fälle hysterischer Genese, 24 wurden bei nicht hysterischen Individuen beobachtet. Ueber die Ursache des Symptoms unter den letztgenannten Bedingungen ist nichts sicheres bekannt. Auch die Genese des relativ häufigen Nystagmus ist noch nicht erforscht. Unter den direkten bulbären Symptomen sind von Wichtigkeit die Störungen der Sensibilität des Gesichtes — in dieser Beziehung werden die Resultate von Sölder bestätigt und erweitert, ferner die Kehlkopfstörungen. Insgesamt charakterisiert der Verf. die bulbären Störungen bei Syringomyelie dahin, dass es sich meist um mehr oder weniger vollständige halbseitige Lähmungen im Bereich des V.—XII. Gehirnnerven handelt, die relativ gutartig sind und häufig eminent chronisch verlaufen; die Kehlkopflähmungen erweisen sich als komplette Paresen eines Recurrens, meist mit gleichzeitiger Gaumensegel- und Schlundlähmung.

Verf. unterscheidet eine Anzahl von klinischen Typen: 1. Syringomyelie mit den klassischen Symptomen a) Cervical-, b) Dorsolumbal-, c) Sacrolumbal-, d) bulbo-medullärer Typus. 2. Syringomyelie mit vorwiegend motorischen, 3. mit

vorwiegend sensiblen, 4. mit vorwiegend trophischen Störungen a) Morvan'scher Typus, b) osteo-arthritische Form, letztere charakterisiert durch sensible Reizerscheinungen, mannigfache Veränderungen an Knochen und Gelenken, während die übrigen Symptome zurücktreten, so dass Verwechslungen mit Gelenkleiden eintreten können. Schliesslich wird noch ein tabischer und ein pachymeningitischer Typus aufgestellt und besprochen. Die Differentialdiagnose beschäftigt sich besonders mit der Abgrenzung der Affektion vom intramedullaren Tumor, von der Tabes, der Hysterie und der Lepra, letzteres in einem besonderen Kapitel, das wohl besser unmittelbar dem andern, die Differentialdiagnose behandelnden Kapitel angereiht würde.

Die Syringomyelie ist nach des Verf. Ueberzeugung eine der häufigsten Rückenmarkserkrankungen, anscheinend häufiger als die multiple Sklerose. In der Aetiologie spielt die direkte Heredität keine Rolle, sichere Fälle familiärer Syringomyelie sind kaum beobachtet; wohl aber ist eine gewisse Veranlagung häufig nachweisbar. Syringomyelie und Trauma werden in ihren Beziehungen eingehend erörtert; die Möglichkeit, dass Traumen der Wirbelsäule oder des Rückenmarks indirekt oder direkt Veranlassung zur Entwickelung der S. geben, liegt vor, ein Anhaltspunkt für die Annahme eines kausalen Zusammenhanges zwischen einer lokalisierten peripheren Verletzung und der Ausbildung der Krankheit ist in den bisherigen Beobachtungen nicht gegeben.

Ausserordentlich sorgfältig und eingehend wurde die pathologische Anatomie bearbeitet. Zahlreiche Abbildungen fördern das Verständnis der anatomischen Verhältnisse. Es wird besprochen die Hydromyelie, die Syringomyelia gliosa, d. h. die in geschwulstartigen Gliawucherungen befindlichen Hohlräume — zwischen beiden Formen giebt es Uebergänge —, ferner die Syringomyelie bei echten Rückenmarkstumoren. In weiteren Kapiteln finden gesonderte Besprechung das Verhalten der Gefässe, die Vorderhornerkrankung und die Ganglienzellanomalien, die Erkrankung der Hinterstränge und der übrigen weissen Substanz, die Syringobulbie. Dann folgt eine anatomische Differentialdiagnose, schliesslich eine Darstellung der normalen Verhältnisse des Centralkanals, namentlich gestützt auf eingehende Untersuchungen zahlreicher Kinderrückenmarke und eine Schilderung der normalen Glia, um dem gegenüber die betr. pathologischen Abweichungen bei der Syringomyelie desto klarer hervortreten zu lassen. Man sieht aus dieser einfachen Aufzählung, auf wie breiter Basis das ganze Kapitel aufgebaut ist. Den Schluss macht der Abschnitt Pathogenese, der zu dem Resultat führt, dass die anatomische Aetiologie der Syringomyelie (und Syringobulbie) keine einheitliche ist. Dann kommen noch, wie erwähnt, die eigenen Krankengeschichten und ein umfassendes Litteraturverzeichnis.

Cassirer.

LI) **Nonne:** Syphilis und Nervensystem. Siebzehn Vorlesungen. Verlag v. S. Karger. Berlin 1902.

Auf über vierhundert Seiten behandelt Nonne das Thema Syphilis und Nervensystem in erschöpfender Weise. Er hat die Form von Vorlesungen gewählt, dabei aber doch in ganz systematischer Weise das ganze umfangreiche Gebiet durchgearbeitet. Was dem Buch zunächst sein Gepräge verleiht, ist die ausserordentlich grosse eigene Erfahrung des Verfassers, die aus der fast übergrossen und verwirrenden Menge der mehr oder weniger ausführlich mit-

geteilten eigenen Beobachtungen hervorgeht: 268 Krankengeschichten, fast alle dem eigenen Material entstammend; eine erhebliche Menge davon mit Sektionsbefund. Daneben haben die fremden Erfahrungen auch noch reichliche Berücksichtigung gefunden. Im Litteraturverzeichnis sind die wichtigsten älteren und die meisten neueren Arbeiten über das Thema notiert. Aus dem Inhalt kann natürlich hier nur einzelnes hervorgehoben werden. Aus dem ersten Kapitel (Allgemeines, Aetiologie, Diagnostik) erwähne ich den sehr bemerkenswerten Hinweis, dass gerade die noch weniger erfahrenen Aerzte in der Prognose von als syphilitisch erkannten organischen Nervenaffektionen zu optimistisch sind, und dass der Erfolg oder Nichterfolg einer spezifischen Kur als differentialdiagnostisches Mittel in allzu hohem Ansehen steht. Sehr instruktiv sind auch die Bemerkungen und Beispiele über die Schwierigkeit des anamnestischen Nachweises der Syphilis. Im nächsten Kapitel (Pathologische Anatomie der Hirnsyphilis), das durch zahlreiche gut gelungene Abbildungen illustriert ist, werden die drei Formen, unter denen die Syphilis auftritt, ausführlich beschrieben — Gumma, Meningitis, Gefässerkrankung. In letzterer Beziehung kommt N. zu dem Schluss, dass meist die Entzündung der Gefässkapillaren zu einer entzündlichen Erkrankung der Gefässwände führt, und zwar in erster Linie der Media und Adventitia, sekundär erkrankt die Intima. Sehr häufig ist Venenerkrankung. Die Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen tuberkulöser und syphilitischer Erkrankung werden stark betont, und es wird hervorgehoben, dass rein pathologisch-anatomisch die syphilitischen Veränderungen nichts absolut charakteristisches haben. Es folgen die der klinischen Symptomatologie der Hirnlues gewidmeten Kapitel: Arteriitische Form der Hirnsyphilis, syphilitische Konvexitätsmeningitis und syphilitische Erkrankungen der Hirnbasis; entsprechend ihrer Wichtigkeit ist besonders der letzte Abschnitt sehr ausführlich behandelt, und namentlich den okulären Störungen eine ins einzelne gehende Besprechung gewidmet. Wichtig ist ein Fall mit rechtsseitiger Mydriasis und linksseitiger Myosis, wo beide Pupillen auf Licht und Konvergenz absolut starr sind und dieser Befund bei anamnestisch sicherer Lues seit 11 Jahren unverändert besteht. Unter den seltenen Fällen von luetischer Trochlearislähmung ist der anatomisch untersuchte des Ref. nicht genannt. Einige Angaben über die Prognose der Hirnlues seien hier wiedergegeben: Unter 56 bis mindestens 3 Jahre in Behandlung gebliebenen Fällen war partielle Heilung weitaus am häufigsten vertreten: 34 mal, Verschlechterung 10 mal, Tod 12 mal, in 22 dieser Fälle traten ein, in 8 Fällen mehrere Recidive auf. Besonders dankenswert sind die Kapitel 8 und 9, Psychosen und Neurosen bei Syphilitikern und bei Hirnsyphilis, und Beziehungen der Dementia paralytica zur Syphilis, Unterscheidung der echten und der syphilitischen Pseudoparalyse. Unter den funktionellen Störungen erwähnt Nonne die Neurasthenie, als deren Ursachen in diesen Fällen der psychische Chok, die stets sich erneuernden Befürchtungen, die allgemeine Ernährungsstörung gelten müssen. Einen charakteristischen klinischen Stempel hat diese Neurasthenie nicht, aber merkwürdigerweise hat Nonne mehrfach durch antisyphil. Behandlung Besserung erzielt. Aehnlich liegt es mit der Hysterie. Nonne erkennt eine postsyphilitische Epilepsie an, hervorgerufen durch ein, sekundär von der Syphilis erzeugtes Nervengift; zweimal beobachtete er die Kombination Lues, Tabes, Epilepsie. Eine Migräne gleicher Genese erscheint noch zweifelhaft. Von Psychosen erwähnt er die Manie:

Der Satz, dass Manie bei Luetikern auch ohne psychopathische Belastung und ohne manische Periode im Vorleben vorkomme, dürfte Bedenken erregen. Die beiden Beispiele, die N. giebt, sind doch etwas Paralyse-verdächtig. Natürlich giebt es auch für Verf. keine spezifische syphilitische Geistesstörung. Die Paralyse kann ausnahmsweise ohne Lues vorkommen (zwei Fälle). Ob der Satz, „es ist sicher, dass die Fälle von sog. Heilung der Paralyse Fälle von diffuser Hirnsyphilis oder von alkoholischer Pseudoparalyse gewesen sind“, in dieser apodiktischen Form zu Recht besteht, ist doch zweifelhaft. Sehr genau und mit instruktiven Beispielen wird die Unterscheidung der echten und der syphilitischen und alkoholistischen Pseudoparalyse besprochen. In den nächsten drei Kapiteln wird die Rückenmarkssyphilis behandelt. Hier erscheint gegenüber der klinischen Erfahrung die Einteilung in Unterformen etwas weit getrieben, namentlich die Trennung der Meningitis und Meningomyelitis. Die Frage der spastischen Spinalparalyse (Erb) wird ausführlich erörtert. Nonne hat dazu schon früher wertvolle eigene Beiträge geliefert; sie soll auf drei Weisen anatomisch bedingt sein können: 1. chronische Myelitis transversa, 2. Kombination einer solchen mit primärer Seitenstrangsdegeneration, 3. letztere allein entweder ohne oder mit Erkrankung der Rückenmarksgefässe. Auf die offenbar nahestehende kombinierte Hinterseitenstrangserkrankung wird erst später eingegangen. Die Häufigkeit Brown-Sequard'scher Symptome bei der Rückenmarkssyphilis wird hervorgehoben und durch ein schönes Beispiel belegt. Es folgt „Tabes-Syphilis-Lehre“, die im Sinne der meisten Autoren dahin präzisiert wird, dass die Syphilis das wichtigste ätiologische Moment, aber nicht eine conditio sine qua non der Tabes ist. Etwas merkwürdig klingt der die Differentialdiagnose der Rückenmarks-Lues einleitende Satz: „Die Diagnose auf syphilitische Erkrankung des Rückenmarks ist nicht immer mit Sicherheit zu stellen, sondern ist nicht selten in das Belieben des Untersuchers gestellt;“ das ist wohl im Ausdruck vergriffen. Die grössten Schwierigkeiten macht die Unterscheidung von der multiplen Sklerose; das ist auch nach unserer Erfahrung ganz so. Die hier und an anderen Stellen des Buches gegebene Differentialdiagnose bei den Affektionen ist aber nicht vollkommen erschöpfend. Das folgende Kapitel „cerebrospinale Formen der Syphilis“ ist sehr wichtig; diese Form der Syphilis ist die häufigste. Nonne betont das selbst, aber freilich kommt es bei seiner Anordnung des Stoffes nicht ganz so scharf zum Ausdruck, da er erst alle anderen Arten beschreibt. Dadurch zerfällt die ganze Darstellung etwas und man gewinnt keine einheitliche Vorstellung des im ganzen doch so charakteristischen Bildes der Lues des Nervensystems. Dann kommt die syphilitische Erkrankung der peripheren Nerven an die Reihe, die Polyneuritis, die Kahler'sche Wurzelneuritis, die Neuralgien etc. Dem schliesst sich die Besprechung der Heredosyphilis an. Die Schwierigkeit des Nachweises der hereditären Lues wird betont; es ist stets auch an die Möglichkeit der erworbenen Lues zu denken (bei einem 11monatlichen Kind fand sich Zungenschanker: syphilitische Amme). Bei der hereditären Syphilis kommt alles vor, was bei der acquirierten beobachtet wird, meist ist hier die Kombination der verschiedenen Formen und Lokalisationen noch grösser. Therapie: am besten Inunctionskur, stets auch Jod. Nach sechs Wochen Aufhören, wenn kein Erfolg da ist. Bei Opticusatrophie vorsichtiger Versuch mit Hg. und Jod, unter Kontrolle des Gesichtsfeldes, bei Tabes mit syphilitischer

Aetiologie nur einmalige Kur, wenn kein Erfolg erzielt wird. Die chirurgische Behandlung der Hirnsyphilis hat zuweilen ihre Berechtigung.

Das ganze Buch, aus dem hier einiges mitgeteilt wurde, enthält eine ausserordentlich grosse Fülle thatsächlichen Materials; es verlangt daher, wenn man es ausnutzen will, ein eifriges und eingehendes Studium; man kann es nicht einfach durchlesen. Aber der Gewinn eines solchen Studiums ist ein grosser. Cassirer.

LII) **L. William Stern**: Zur Psychologie der Aussage. Experimentelle Untersuchungen über Erinnerungstreue. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft. XXII, Heft 2—3. Als Sonderabdruck im Buchhandel (J. Guttentag) erschienen. Berlin 1902.

Die Treue der Erinnerung ist eine psychische Eigenschaft, die noch wenig studiert ist. Sie ist einer experimentellen Untersuchung zugänglich. Es ist ein grosses Verdienst Binet's, dass er die Fruchtbarkeit derartiger Untersuchungen durch eigene Arbeit darlegte. Sein wertvolles Buch „La suggestibilité" enhält die Ergebnisse seiner Versuche.

Der Breslauer Philosoph William Stern ist seit Jahren mit Untersuchungen über gewisse seelische Funktionen (Auffassen und Anschauen, Behalten und Vergessen etc.) beschäftigt. In der vorliegenden Abhandlung teilt er einige Resultate seiner Experimente mit, soweit sie den Juristen zu interessieren vermögen. Auch für die Psychiater sind die geschilderten Thatsachen von grosser Bedeutung.

Stern erörtert zunächst einige Grundbegriffe (Gedächtnis, Erinnerung), beleuchtet die Vorgänge des Vergessens, der Erinnerungsfälschung, die forensische „strafbare und die pathologische Unwahrheit" und ihre mannigfaltigen Entstehungsbedingungen; hier sagt er uns bekannte Dinge in klarer und präziser Ausdrucksweise. Dann erläutert er den Zweck seiner Versuche: sie sollen den zwingenden Nachweis und die exakte Kontrolle von Existenz, Umfang, Beschaffenheit und Ursachen der Erinnerungsfälschungen liefern. Das Experiment ermöglicht „die Konfrontation der objektiven Wirklichkeit mit der Erinnerungsaussage über sie und damit eine exakte Kontrolle der letzteren."

Die Versuchsanordnung ist folgende: Gebildete Personen bekommen gedruckte, ihnen unbekannte Schwarz-Weiss-Bilder vorgelegt. Es wird ihnen vorher gesagt, dass sie ein Bild in die Hand bekommen werden, das sie genau betrachten und dann schriftlich beschreiben müssen. Zeit der Betrachtung $^3/_4$ Minute. Dann

1. sofortiges Niederschreiben (= primäre Aussage),
2. späteres Niederschreiben nach 1, 2, 3 Wochen (= sekundäre Aussagen).

Ferner wurden noch, um eine juristisch besonders wichtige Frage mit heranzuziehen, bei mehreren Personen Beeidigungsversuche gemacht, indem ihnen vom Experimentator gesagt wurde, sie sollen an ihrer Niederschrift das unterstreichen, was sie, wenn es sich um eine gerichtliche Aussage handeln würde, beschwören könnten.

Die Ergebnisse dieser Versuche sind bei den einzelnen Versuchspersonen sehr verschieden. Frauen vergessen weniger, aber verfälschen mehr. Die fehlerlose Erinnerung ist nicht die Regel, sondern die Ausnahme. Auch unter dem

Eid kommen viele Erinnerungstäuschungen vor. Einige Beispiele, die mitgeteilt werden, veranschaulichen diese Thatsachen ausgezeichnet.

Wichtig ist ferner: „Die Fehlerhaftigkeit der Aussage über ein Erlebnis nimmt kontinuierlich zu, je grösser der Zeitraum zwischen beiden Momenten ist. An einem bestimmten Zeitpunkt nach dem Erlebnis ist die Aussage um so weniger fehlerhaft, je häufiger in der Zwischenzeit die Erinnerung aufgefrischt worden war."

Und weiterhin: der beeidigte Teil einer Männeraussage enthält durchschnittlich 2,1, der einer Frauenaussage dagegen 4,8 (also mehr als doppelt soviel) falsche Angaben.

Die Fehlerarten teilt Stern in mehrere Gruppen ein: Auslassungen, Zusätze, Umgestaltungen; letztere können sein: Metamorphosen, Quantitätsänderungen, Konstellationsfehler.

Die Fehlerquellen sind: Auffassungsfehler, Erinnerungsfehler, Eigenart der freischaffenden Phantasie, Expansionskraft der Vorstellungen.

In dem Kapitel „Ausblicke" erörtert Stern zunächst die pädagogische Frage, ob und wie man eine Besserung der Erinnerungsaussagen erzielen könne, und erwägt dabei die Möglichkeit eines „Erinnerungsunterrichts", einer „systematischen Erinnerungspädagogik". Dann wendet er sich der vorwiegend juristischen Frage nach der Bewertung der Zeugenaussagen zu. Er ermahnt zu grösserer Vorsicht, schlägt vor, bei besonders entscheidenden Zeugen unter Umständen den charakteristischen Grad ihrer Erinnerung psychologisch feststellen zu lassen, weist darauf hin, dass bei Meineids- und Falscheidsbeschuldigungen mehr als bisher die Möglichkeit einer normalen Erinnerungstäuschung in Betracht gezogen werden müsse, und führt an, dass beim heutigen Vereidigungsmodus, der keine Sonderung zwischen beschwörbaren und nicht beschwörbaren Elementen der Aussage kennt, die Möglichkeit der Falscheide beträchtlich erhöht werde. Und endlich betont der Verf. mit Recht, dass durch die langen Zwischenräume zwischen dem Vorgang, über den ausgesagt werden soll, und der Aussage selbst die Fehlerhaftigkeit der Erinnerung eine grosse Steigerung erfahren muss.

Stern ermuntert zu weiteren Versuchen, skizziert einige Versuchsmöglichkeiten und giebt dann anhangsweise einen Versuch bekannt, mittelst dessen er ein Gerücht experimentell erzeugte. Er (A) las an einem Vormittag einer Person (B) eine kleine Kriminalgeschichte langsam und deutlich vor; am Nachmittag des gleichen Tages schrieb diese das Gehörte aus dem Gedächtnis nieder. Diese Niederschrift las A am andern Vormittag einer Person C vor, die am Nachmittag eine Erinnerungsniederschrift des Gehörten machte, die dann der Person D vorgelesen wurde etc. Wenn man nun vergleicht, was A zuerst vorlas und was E zuletzt niederschrieb, so bekommt man ein Bild davon, wie die Fama eine Mitteilung umwandelt. Der Unterschied ist ganz enorm; man traut seinen Augen kaum, wenn man liest, was E aus der ursprünglichen Kriminalgeschichte gemacht hat.

Kurzum: Stern's Versuche zeigen, dass selbst bei aufmerksamen, intelligenten und gemütlich nicht erregten, gebildeten Menschen die Erinnerung wenig treu ist, selbst wenn sie ein Bild genau betrachten oder eine Erzählung genau hören. Wie also im Leben bei ungebildeten Menschen, die in der Erregung ein rasches

Nacheinander und ein kompliziertes Nebeneinander wahrnehmen und darüber nach Wochen, Monaten oder Jahren zuverlässige Aussagen machen sollen?

Das Studium der kleinen, gut geschriebenen Abhandlung Stern's ist Jedermann sehr zu empfehlen. Vielleicht regt sie auch Manchen zu eigenen Versuchen an, die bei der Einfachheit der Anordnung leicht auszuführen sind; Stern selbst bittet, an der Weiterführung seiner Versuche mitzuwirken.

Gaupp.

LIII) **Ludwig Bruns:** Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen. Spez. Pathologie und Therapie, herausgegeben von H. Nothnagel. XII. Bd. I. Teil, 4. Abteilung. Wien, Alfred Hölder, 1901. 131 S. Preis 3,20 M.

Bruns schildert in dem vortrefflichen Buche den derzeitigen Stand der Lehre von den Unfallneurosen, wobei er mit der ihm eigenen Gründlichkeit zuerst eine Begriffsbestimmung giebt und dann in klaren und wertvollen historischen Ausführungen die Wandlungen veranschaulicht, welche die Lehre in den letzten 35 Jahren seit Erichsen's bedeutungsvoller Abhandlung durchgemacht hat. Daran schliesst sich das Kapitel über die Aetiologie, in dem Bruns in durchaus kritischer Weise das Sichere von dem Zweifelhaften, das Nebensächliche von dem Wichtigen scheidet. Gleich weit entfernt von einer widerwärtigen Simulantenriecherei wie von einer weichlichen Nachgiebigkeit gegen unberechtigte Begehrlichkeit nimmt Bruns schon hier und dann auch in späteren Kapiteln zur Simulationsfrage Stellung; aus allem, was er hierüber sagt, spricht reiche eigene Erfahrung und echte Humanität. Es mag sein, dass Bruns die Häufigkeit der Simulation oder der starken Uebertreibung etwas unterschätzt und dass Andere auf Grund ihrer Erfahrungen zu einer andern Ansicht kommen (Hoffmann etc.); das hängt wohl zum Teil auch von der Verschiedenheit der Bevölkerung in verschiedenen Teilen Deutschlands ab. In der Hauptsache hat Bruns jedenfalls Recht und es ist sehr zu wünschen, dass sein Buch von allen denen gelesen werde, die in ihrem ärztlichen Beruf häufig mit Unfallneurosen zu thun haben.

Das Kapitel Symptomatologie bringt nichts wesentlich Neues. Bruns hält nicht blos alle hysterischen, sondern auch alle neurasthenischen Symptome für psychogen, demnach auch alle Symptome der Unfallsneurosen für seelisch bedingt. Diese Generalisierung ist anfechtbar, aber nicht zu widerlegen; freilich hat man bei dieser Auffassung Mühe, manche auffällige Erscheinungen, wie die oculopupillären Symptome, von denen immer wieder berichtet wird, zu verstehen. Bruns unterscheidet etwas willkürlich zwischen neurasthenischen, hysterischen und hypochondrischen Symptomen. Es ist z. B. nicht recht klar, warum er die Hyperästhesie der Wirbelsäule für hysterisch hält, während er eine Kontraktur der Rückenmuskulatur, welche die Kümmel'sche Krankheit vortäuscht, auf neurasthenische Schmerzen zurückführt; die Kontraktur ist doch wohl keine einfache Folge der Ermüdungsschmerzen.

Allein dies nur nebenbei. In allem Wesentlichen ist die Schilderung, die Bruns von dem vielgestaltigen Bild der Unfallsneurosen entwirft, ausgezeichnet. Hervorzuheben ist noch, dass Bruns es für erwiesen hält, dass sich auf dem Boden der traumatischen Neurosen schwere organische Herzleiden und arteriosklerotische Erkrankungen, sowie eine Dementia senilis praecox entwickeln kann.

Das Kapitel über die Diagnose der Unfallsneurosen beschäftigt sich natürlich hauptsächlich mit der schon erwähnten Simulationsfrage; ferner findet man darin recht lesenswerte Bemerkungen über die Abfassung von Gutachten. Die Prognose der Erkrankungen hält Bruns in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren für eine vorwiegend ungünstige, eine volle Heilung für selten. Die prognostische Bedeutung des langjährigen und immer wiederkehrenden Rentenkampfes wird klar dargestellt.

Im Kapitel Therapie wird mit Recht der grösste Wert auf die Prophylaxe gelegt. Die Vermeidung schädlicher Suggestionen ist eine der wichtigsten ärztlichen Pflichten, gegen die — das weiss jeder, der viele Obergutachten zu machen hat — leider immer noch sehr vielfach von Aerzten gefehlt wird. Ferner betont Bruns die Zweckmässigkeit einer raschen Erledigung des Rentenfestsetzungsverfahrens, spricht sich aber trotzdem gegen den Vorschlag Jolly's (einmalige definitive Kapitalsabfindung) aus, weil sich bisweilen erst später schwere Unfallfolgen (z. B. progressive organische Erkrankungen) einstellen. Bei nur teilweise verminderter Arbeitsfähigkeit sieht Bruns in Uebereinstimmung mit Möbius, dem er überhaupt in seinen Anschauungen sehr nahe steht, in der Gewöhnung an die Arbeit ein wichtiges Heilmittel; dass er dabei nur an nutzbringende Arbeit denkt, nicht an die öde Langweilerei in den medicomechanischen Instituten, ist selbstverständlich.

Möge das vorliegende Buch bei recht vielen Aerzten die Ueberzeugung wecken, dass die Begutachtung nervöser Unfallkranker schwierig und verantwortungsvoll, ihre Behandlung wichtig, wenn auch undankbar ist, und dass es, so wie die Dinge heute liegen, fast eine Gewissenlosigkeit ist, wenn ein Arzt die Begutachtung eines Unfallnervenkranken übernimmt, ohne mit der ganzen Frage der traumatischen Neurosen genau vertraut zu sein. In dem Buche von Bruns kann er das finden, was er braucht. Gaupp.

LIV) **Max Fischer** (Illenau): Christian Friedrich Wilhelm Roller. — Zum Gedächtnis seines hundertsten Geburtstages. Halle a. S., Verlag von Carl Mangold, 1902.

Am 11. Januar waren es hundert Jahre, dass Roller in Pforzheim als Sohn des Irren- und Siechenhausphysikus Roller geboren wurde. In kräftigen, knappen Strichen hat es Fischer verstanden, sein Leben, Kämpfen und Wirken vor Augen zu führen. Wenn er einleitend es als eine Ehrenpflicht für die Lebenden bezeichnet, die Gedenktage ihres grossen Toten in Treue zu bewahren, so trifft dies in besonderer Weise für Roller zu. Der von ihm gegründete „staatsärztliche Verein“ in Baden und dessen damaliges Organ „Annalen der Staatsarzneikunde“, der ebenfalls von ihm gegründete Verein „südwestdeutscher Irrenärzte“ und die von ihm im Jahre 1844 im Verein mit Damarow und Flemming ins Leben gerufene „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ legen hierfür bereits Zeugnis ab. Seine Hauptthätigkeit und Bedeutung aber ist eng mit Illenau, der von ihm unter schwierigen Zeitverhältnissen entworfenen, Ende der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts erbauten und 1842 eröffneten Anstalt, verknüpft. Hier legte er den Samen humanster Krankenbehandlung im Sinne eines familiären Lebens innerhalb der Anstalt, der unter ihm und seinen Mitarbeitern und späteren Nachfolgern Hergt und Schüle herrliche Früchte zeitigte und durch die Illenauer Schule überallhin verbreitet wurde.

Mit diesem „Geist, der im Ganzen wirken muss", ist Illenau, trotz seines 60jährigen Bestehens, dank der Leitung seines jetzigen Direktors Schüle, welcher die Notwendigkeit zeitgemässer Adaptionen und Neubauten erkannte, auch heute eine moderne Anstalt. Mit Recht hebt Fischer hervor, dass manche Attribute der modernen Irrenbehandlung, welche man als eine Errungenschaft der neuesten Zeit gerne in Anspruch nehme, schon von Roller berücksichtigt wurden. Nicht ohne Interesse ist, dass er schon 1837 an die Einführung von Besuchsreisen der Anstaltsärzte im Lande dachte. Seine Ueberzeugung war, dass man „Psychiatrie aus abgelaufenen Fällen lernen müsse". Damit hat er sich schon damals in den Dienst der heute als richtig erkannten Methode psychiatrischer Forschung gestellt. Dietz (Stuttgart.)

LV) **R. A. Reiss**: Einiges über die signaletische Photographie (System Bertillot) und ihre Anwendung in der Anthropologie und Medizin. München 1902, Seitz und Schauer.

Der Verfasser schildert zunächst unter Beigabe von Abbildungen Bertillot's bekannte Methode der Photographie im Dienste der Kriminalpolizei und führt dann aus, dass dieses Verfahren sich auch für anthropologische Zwecke, vielleicht sogar für die Kompositphotographie eigne. Auch die Medizin könne es in manchen Fragen mit Erfolg anwenden; es vermöge wichtige Dokumente über Heilungsprozesse oder über den Krankheitsverlauf zu liefern.

Gaupp.

LVI) **Rudolf Panse**: Schwindel. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1902. 66 S. Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XLI.

Der Vortrag, den Panse 1901 auf der Naturforscherversammlung in Hamburg hielt, ist nunmehr in erweiterter Form als selbständige Schrift erschienen. Ueber den wesentlichen Inhalt der Abhandlung s. dieses Centralblatt 1901. S. 685—686, ferner auch: Deutsche Aerzte-Zeitung 1902, Seite 146 ff. Gaupp.

LVII) **Heinrich Sachs**: Die Entwicklung der Hirnphysiologie im XIX. Jahrhundert. Berlin 1902, Hermann Walther's Verlag. 28 S. Preis 1 M.

In klarer Darstellung schildert Sachs den Entwicklungsgang der Lehre von den Funktionen des Grosshirns als des „Sitzes der Seele." Gall, Carus, Flourens, Broca, Trousseau, Hitzig und Fritsch, Wernicke, Goltz, Munk, Schrader, Flechsig — die Reihenfolge dieser Namen genügt, um zu zeigen, was der Verf. dem Leser vor Augen führt. Gaupp.

LVIII) **Albert Moll**: Gesundbeten. Medizin und Occultismus. Berlin 1902, H. Walther.

Populäre Darstellung der medizinischen Bedeutung der Christian Science, die besonders in Berlin viele Anhänger zählt und neuerdings das öffentliche Interesse auf sich gelenkt hat. Wer diese moderne Form menschlicher Thorheit nach Wesen und Bedeutung kennen lernen will, der lese die Abhandlung Moll's.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

1. Gerichtliche Psychiatrie, Kriminalanthropologie, Degenerationslehre.

130) **Else Conrad**: Vagabundieren mit Vagabunden.
(Archiv für Kriminal-Anthropologie. Bd. VIII. S. 129.)

Ein Auszug aus Josiah Flynts „Tramping with tramps." Flynt hat sich der eigentümlichen Aufgabe unterzogen, das Bettler- und Vagabundenthum in der Weise zu studieren, dass er mehrere Jahre hindurch als Vagabund ganz Amerika durchzog, und schliesslich des Vergleichs wegen auch in Deutschland, England und Russland einige Zeit als Landstreicher sich umhertrieb. Seine Schlussfolgerungen, dass die Vagabunden sich einer besonders soliden Gesundheit erfreuen, dass geistige Erkrankungen unter ihnen und unter den Verbrechern nur sehr selten und dann meist als Folge der Haft vorkommen, dass Epilepsie meist fingiert, dass die hohe Intelligenz vieler Verbrecher nicht zu bestreiten sei, haben sicher für Deutschland keine Gültigkeit. Wenn diese Beobachtungen thatsächlich richtig wären, so würde daraus auf eine bemerkenswerte Verschiedenheit der deutschen und amerikanischen Vagabunden zu schliessen sein. Wichtiger ist seine Ansicht, dass unser Kampf gegen diese Parasiten entschieden energischer geführt werden muss. Als Mittel schlägt er vor: Einschränkung des gedankenlosen Gebens an Bettler, strengere Bestrafung der Bettelei, energische Bekämpfung des Alkoholismus, Hebung der arbeitenden Klassen, bessere Armenfürsorge. Aschaffenburg.

---

131) **Roesing**: Spezialarzt oder Spezialasyl im Gefängnisse.
(Archiv für Kriminal-Anthropologie. V, S. 49.)

Roesing scheint ziemlich üble Erfahrungen gemacht zu haben, so oft er für einen Geisteskranken innerhalb des Gefängnisses besondere Berücksichtigung verlangte; ebenso scheinen in dem Gefängnisse, an dem er thätig war (Hamburg ?), unbegreiflicherweise die Vorschriften der Disziplin (Schweigeverbot, Waffentragen der Beamten in der Irrenabteilung), dieselben zu sein, wie in der Haft. Er fordert, dass

1. der Gefängnisarzt zur Diagnose der Geisteskrankheit befähigt sein muss;
2. für die Beobachtung und vorläufige Unterbringung Geisteskranker muss in gesondertem Annex Sorge getragen werden;
3. die dauernde Behandlung hat in der Irrenanstalt zu geschehen;
4. die Staatsanwaltschaft muss prinzipiell bei über einen Monat dauernder Entfernung aus dem Strafvollzug, Unterbrechung der Strafhaft, die nicht angerechnet wird, verfügen;
5. In der Disziplin des Gefängnisses muss die Möglichkeit vorgesehen sein, auf solche Individuen Rücksicht zu nehmen, die nach Gutachten des Gefängnisarztes „geistesschwach" sind.

Die 4. These widerspricht dem § 493 der St.-P.-O. und ist auch gar nicht begründet. Die übrigen sind in ganzem Umfange bereits vielfach durchgeführt. Aschaffenburg.

---

132) **Leppmann**: Ueber Diebstähle in den grossen Kaufhäusern. Nach einem Vortrage in der Berl. Ges. für Psychiatrie.

(Sonderabdruck aus der ärztlichen Sachverständigen Zeitschrift 1901. No. 1 u. 2.)

Wenn man das Verbrechen, wie der viel erfahrene Verf. ausführt, als ein Produkt der sozialen Gliederung der menschlichen Gesellschaft betrachtet, so muss jede Aenderung in diesem Organismus zu neuen Störungen verbrecherischer Natur führen. In der That hat die an sich unwesentliche Neuerung im Warenverkehre, wie sie sich im massenhaften Anhäufen täglicher Verbrauchsgegenstände in den grossen Kaufhäusern darstellt, zu der neuen Spezialität der Warenhausdiebe geführt. Aber neben diesen gewerbsmässigen Dieben findet sich eine zweite Gruppe von Gelegenheitsdieben, die ein besonderes Interesse in Anspruch nimmt. Es handelt sich meist um Mädchen und Frauen in der Vollreife, bei denen die verbrecherische Handlung fast regelmässig gänzlich isoliert dasteht, bei denen ferner der auffallende Widerspruch zwischen der leidlich günstigen materiellen Lage und der Geringfügigkeit des entwendeten Objektes den berechtigten Einwand der Unzurechnungsfähigkeit hervorruft. L. konnte aus eigener und fremder Erfahrung eine grosse Zahl solcher Fälle zusammenstellen. Sieht man von einigen wenigen Beobachtungen ab, in denen sich sehr konkrete Krankheitsbilder, wie schwere epileptische Dämmerzustände, beginnende hysterische Verrücktheit oder Paralyse nachweisen liessen, so ergab der bei weitem grösste Teil der Fälle, dass nicht solche mit periodischer Wiederkehr des Delikts nach Art der alten Kleptomanie das Hauptkontingent stellten, sondern gerade solche, in denen die Handlung vollständig isoliert dastand. Hysterische Erscheinungen waren hier meist kaum nachweisbar, dagegen konnte Verf. stets einen hohen Grad von Neurasthenie, chronischer geistiger Ermüdung im Sinne von Möbius konstatieren, in der die geistig geschwächten Frauen unter dem Eindruck des sie umwogenden Verkehres ohne ruhige Ueberlegung die strafbare Handlung begangen hatten. L. bezeichnet diese hochgradig Neurasthenischen, die durch ihre Willensschwäche leicht zu sprunghaftem Handeln hingerissen werden und daher „gegen die Versuchung des Augenblicks schlechter gerüstet sind“ als vermindert zurechnungsfähig. Mit dieser Annahme wird jedoch den Kranken wenig genutzt, da Diebstahl stets mit Gefängnis zu bestrafen ist. L. verlangt daher für solche Fälle vorläufige Strafvollzugsaussetzung, wie sie bereits für Jugendliche eingeführt ist, und — in Uebereinstimmung mit den Bestrebungen der kriminalistischen Vereinigung — für letztere eine staatliche Ueberwachung erstens in der eigenen, zweitens in einer fremden Familie, drittens in Anstalten. Eine Vorbedingung für solche Massnahmen bleibt die Schaffung einer staatlichen Kontrolle aller Geisteskranken und Geistessiechen ausserhalb der Anstalten.

Pollitz (Münster.)

---

133) **Liersch**: Zwangstätowierung zur Wiedererkennung von Verbrechern.

(V. f. gerichtl. Med. 1901. 1. H.)

Liersch macht den eigentümlichen Vorschlag, Gewohnheitsverbrecher zwecks Wiedererkennung zwangsweise auf dem Rücken zu tätowieren, um dadurch eine leichtere Feststellung ihrer früheren Aufenthaltsorte zu ermöglichen. Der Verf. stellt sich dabei mit Leppmann auf den Standpunkt, dass die Täto-

wierungen weder für den Verbrecher als solchen noch auch für gewisse Spezies unter ihnen etwas Charakteristisches bedeuten. Sehr auffällig ist, dass der Verf. in seiner wohl nicht ganz kleinen Praxis keine Tätowierungen bei weiblichen Personen gesehen hat. Zu beachten ist übrigens, das die Tätowierungen wohl beseitigt werden können, meist auch nach einer Reihe von Jahren abblassen; unter den gebräuchlichen Mitteln wird Schiesspulver als das dauerhafteste gerühmt. Pollitz (Münster.)

---

134) **Dr. R. Henneberg**: Beitrag zur forensischen Psychiatrie: Beeinflussung einer grösseren Anzahl Gesunder durch einen geisteskranken Schwindler (Pseudologia phantastica).

(Charité-Annalen. XXVI. Jahrgang).

Der Verfasser bereichert die noch wenig entwickelte Kasuistik über Pseudologia phantastica um einen ausserordentlich interessanten und lehrreichen Fall. Ein erblich belasteter, etwas schwach veranlagter Mann R., der seit vielen Jahren dem Trunke in hohem Masse ergeben war und seit vier Jahren an hysterischen Anfällen litt, begann im Jahre 1896 seiner Frau von seiner Zugehörigkeit zu den Freimaurern vorzuschwindeln. Er berichtete von allerlei geheimnisvollen Beziehungen und gab sich als berechtigt aus, eine Mitfrau zu wählen, die er in der Person der ihm von früher her bekannten Frau K. fand. Er vollzog dann in Gegenwart seiner Frau mit Frau K. den Beischlaf und liess seine Frau als Symbol der schwesterlichen Zusammengehörigkeit die Genitalien der Frau K. berühren. Im Laufe der Zeit wurden noch eine ganze Reihe weiterer Personen eingezogen und es wurden häufig sehr ceremonielle Familienabende veranstaltet, besonders wenn R. zu einer grossen Redoute oder Generalversammlung der Freimaurer gehen musste. Sexuelle Akte spielten dabei die Hauptrolle, R. hat sogar ein Mädchen vor den Augen ihrer Mutter defloriert und von dem gleichen Mädchen verlangt, dass es mit seinem Bruder den Koitus ausübe. Alle Einbezogenen hatten den Schwur geleistet, ihre Mitgliedschaft und alle Vorkommnisse geheim zu halten, den R. zu unterstützen, aber ihm niemals nachzugehen, was er treibe. R. liess sich zur Zeit der angeblichen Freimaurerfeste oft fein frisieren, kleidete sich gut und ging in der Richtung nach dem Freimaurerlokal. Auch legte er oft an den Familienabenden Briefe vor, die von der Loge stammen sollten, die er aber durch Dritte hatte schreiben lassen.

Verfasser zeigt sehr klar, wie sich neben bewusster Lüge in diesem Falle mehr oder weniger ausgesprochene Wahnbildung vorfindet, wie gerade die kriminellen Handlungen nicht aus planmässiger, bewusster Irreführung der betreffenden Personen hervorgehen, sondern wie diese Handlungen nur aus krankhaft veränderter Phantasiethätigkeit entspringen. Daneben kommen bei R. aber auch eigentliche persekutorische Wahnbildungen im Sinne der Verrücktheit vor. Die Sicherheit und detaillierte Art, mit welcher R. seine Phantasielügen vorbringt, vermögen während einer Reihe von Jahren eine ganze Anzahl geistig gesunder Personen in seinen Bann zu bringen und sie zu den absurdesten, allen sittlichen Begriffen spottenden Handlungen zu verleiten. Frau R., welche geistig gesund ist, war sogar so stark beeinflusst, dass sie auch zur Zeit der Exploration in der Charité den Glauben an die Freimaurerei ihres Mannes nicht aufgab. Das Bild der Pseudologia phantastica wird noch an einem nicht kriminellen Fall, ein 16jähriges Mädchen betreffend, verdeutlicht.

Die hübsche Arbeit bildet einen ebenso wertvollen Beitrag zur gerichtlich-psychiatrischen Kasuistik, wie sie ein grelles Streiflicht auf die Kulturzustände in unseren modernen Grossstädten wirft. von Muralt.

---

135) **Féré**: L'amour du métal.

(Revue neurologique No. 18, II, 1900.)

Nach Féré ist von dem gewöhnlichen Geize eine pathologische Neigung zu unterscheiden, die Liebe zum Metall (l'amour du métal), die, wie der Geiz, bei Mangel gröberer psychischer Anomalien vorkommen kann. Nachstehende Beobachtung giebt ein Beispiel von dieser, offenbar in das Gebiet der Zwangszustände gehörenden Erscheinung.

M. B. . . ., ohne erweisliche erbliche Belastung, Sohn armer Bauersleute, erhielt während seiner Lehrlingszeit bei einem Kaufmann öfters als Belohnung neue Sousstücke, die er sorgfältigst sammelte. Auch als er später einträglichere Stellungen erlangte, behielt er die Gewohnheit, die ihm in die Hände fallenden neuen Sousstücke zurückzulegen und geordnet aufzubewahren, bei. Diese Sonderbarkeit erhielt sich bei ihm auch noch in späteren Jahren, nachdem er ein reicher Mann geworden war. Seinen Familienangehörigen gegenüber erwies er sich allezeit sehr liberal, er unterstützte auch wohlthätige Unternehmungen reichlich. In seinem 60. Lebensjahre wurde er von einem Schlaganfall heimgesucht, welcher eine linksseitige Hemiplegie und einen Zustand von Verwirrtheit hinterliess. Nachdem diese geschwunden war, liess er sich eine in seinem Schreibtisch aufbewahrte Kassette bringen, in welcher sich, nach Jahrgängen geordnet, kleine und grosse Sousstücke, in Rollen verpackt, fanden. Er wusste genau die Zahl der vorhandenen Rollen und die fehlenden Jahrgänge. Keines der Stücke war oxydiert. B. liess sich alle Rollen öffnen und betrachtete alle Stücke mit dem Ausdrucke höchsten Vergnügens. Er verlangte, dass die Kassette in seinem Zimmer gelassen werde, unter dem Beifügen, dass er ihren Inhalt höher schätze, als seinen gesamten übrigen Besitz. Er äusserte immer das grösste Vergnügen, wenn ihm seine Frau die Sousstücke zeigte; er berührte und wischte dieselben ab, bevor sie wieder in ihre Rollen kamen. Die Sousstücke blieben auf diese Weise blank, bis M. B. . . . einem neuen Schlaganfall erlag. L. Löwenfeld.

---

136) **Eugène Pitard**: Étude de 51 crânes de criminels français provenant de la Nouvelle-Calédonie et comparaisons avec des séries de crânes français quelconques.

(Bull. de la Soc. d'anthrop. de Paris 1898, Bd. 9, Sitzung vom 5. Mai, S. 237.)

Eine Schädel-Serie von 51 Verbrechern aus den verschiedensten Gegenden Frankreichs, die nach Neu-Kaledonien deportiert waren, vergleicht Verf. mit drei Serien von ebenfalls je 51 Schädeln, die aufs Geradewohl aus den Broca'schen Registern der anthropol. Gesellschaft in Paris entnommen wurden und aus den Katakomben der Hauptstadt stammen, allerdings nur bezüglich ihrer Maasse, die indessen gewisse Schlüsse auf die Schädelkonfiguration zulassen.

Wie vorauszusehen (verschiedene Gebiete Frankreichs!), bieten die 51 Verbrecherschädel kein einheitliches Bild; einige von ihnen sind gross, andere klein, einige kurz, andere lang, einige besitzen ein hohes Gesicht,

andere ein niedriges u. a. m. Ein einheitlicher Verbrechertypus lässt sich aus ihnen nicht herleiten. Die Zahl der Dolichocephalen war ebenso gross, wie die der Brachycephalen, die meisten der Schädel, wie dies auch bei einer Mischbevölkerung anzunehmen ist, mesocephal.

Der Vergleich mit den Serien der Schädel Normaler ergab, dass im allgemeinen nur geringe Unterschiede bezüglich der Maasse bestehen. Bemerkenswert erscheint nur, dass unter der Verbrecherserie auffallend schmale Stirnen (die kleinsten Werte 87 und 89 mm) vorkamen, sowie dass bei ihnen die Gesamt-Horizontalkurve ein wenig schwächer ausfiel, als bei den Katakomben-Schädeln, während die Höhe grösser war. Buschan.

---

137) **Mills, Charles K.** (Philadelphia): The Czolgosz Trial: A Unique Event.
(The Philadelphia Medical Journal, Okt. 19, 1901.)

Der Mörder des amerikanischen Präsidenten wurde 14 Tage nach dem Verbrechen abgeurteilt. Verschiedene angesehene Psychiater hatten in dieser kurzen Zeit Czolgosz wiederholt untersucht und keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer geistigen Erkrankung gefunden. Verf. schliesst sich zwar dieser Ansicht an und lobt die Schnelligkeit des Verfahrens im allgemeinen, erklärt es jedoch für bedenklich, dass die Verteidigung einen Antrag auf längere Beobachtung zu stellen unterliess, wodurch ein Präcedenzfall geschaffen sei. Die Art des Verbrechens rechtfertige nicht das Abweichen von der sonst üblichen Praxis. K. Abraham (Dalldorf.)

---

138) **Mills, Charles K.** (Philadelphia): Political Assassinations in Some of their Relations to Psychiatry and Legal Medicine.
(The Philadelphia Medical Journal, Okt. 26, 1901.)

Eine Revue der politischen Morde, von der Ermordung Heinrich's III. bis zum Attentat auf Mc. Kinley. Die Attentäter teilt Mills in vier Gruppen: Geistesgesunde, Geisteskranke, Degenerierte ohne Geistesstörung und Degenerierte mit zweifelhaftem Geisteszustand. Czolgosz, bei welchem Verf. eine psychische Störung für ausgeschlossen hält, gehört in die dritte Gruppe. Diese ist charakterisiert durch körperliche Stigmata, sowie durch ungehemmte Instinkte, langsame oder mangelhafte geistige Entwicklung, alle Grade geistiger Schwäche bis zur Idiotie. Verf. weist dann selbst darauf hin, dass Degeneration und Geisteskrankheit relative Begriffe sind und Uebergänge zeigen, ohne zu merken, dass er damit seine eigenen Ausführungen richtet. K. Abraham (Dalldorf.)

---

139) **Colombani:** J. J. Rousseau, psychopathe urinaire.
(Revue de Psychiatrie, August 1901.)

Verf. führt aus, wie Rousseau von Jugend auf an einer Blasenstörung gelitten hat, die sich späterhin in vermehrtem Harndrang und erschwerter Urinentleerung äusserte. Der Katheterismus war infolge heftigen Krampfes des Sphincter vesicae meist sehr schwierig. Die durch dieses Harnleiden Rousseau entstandenen Belästigungen sind nach Ansicht des Verf. auf Rousseau's Lebensweise, Anschauungen und Handlungen von Einfluss gewesen. In verschiedenen Schriftstücken spiegle sich seine dadurch bedingte Gemütsverfassung

wieder. Charakteranomalien finden sich nach Verf. bei Leiden des Urogenitalsystems häufig und Rousseau ist dafür ein bemerkenswertes Beispiel.

Schott.

---

140) **R. v. Krafft-Ebing**: Flagellatio puerorum als Ausdruck des larvierten Sadismus eines pädophilen Conträrsexualen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 4.)

Die gekennzeichneten Handlungen, begangen an Knaben über und unter 14 Jahren erklärt der Angeschuldigte, ein Advokat, der der Vormund der meisten der Knaben war, als pädagogische Einwirkungen. Er hatte die Knaben entkleidet, gezüchtigt und ihnen häufig nachher den „Versöhnungskuss" gegeben, hatte auch die Gewährung erbetener oder versprochener Wohlthaten von der vorherigen Duldung der Züchtigung abhängig gemacht. Das ärztliche Gutachten schildert ihn als einen schwer neuropathischen, verschrobenen Menschen, mit geistigen und körperlichen Degenerationszeichen; er war sexuell hypästhetisch, ohne Neigung zum anderen Geschlecht, dagegen von Jugend auf für Knaben schwärmend.

Verf. begutachtet, dass eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit im weiteren Sinne vorliege; bezüglich der Verantwortlichkeit sei nicht erwiesen, dass der Beschuldigte die Erkenntnis der sexuellen Motive seiner Handlungen und damit ihrer strafrechtlichen Bedeutung hatte. Gegen die trotzdem erfolgte Verurteilung polemisiert Verf., da es seiner Meinung nach bei der Verschrobenheit des Denkens und der Hypästhesie des Kranken sehr wahrscheinlich sei, dass er sich der sexuellen Bedeutung der Akte nicht bewusst war. Ueberhaupt aber hält er in solchen Fällen die Anerkennung der Zurechnungsfähigkeit für verfehlt, weil zweckmässiger die Unterbringung in einer Anstalt geschehe, einmal wegen der Gemeingefährlichkeit und der doch vorhandenen Besserungsfähigkeit solcher Zustände und dann, weil sie den immerhin doch kranken Individuen gegenüber das humanere sei. Chotzen (Breslau.)

---

141) **W. Brügelmann**: Zur Lehre vom perversen Sexualismus.

(Zeitschrift für Hypnotismus. Bd. X, Heft 1.

Der Autor berichtet über den Fall eines 22jährigen, erblich in geringem Masse belasteten jungen Mannes, der die ersten geschlechtlichen Erregungen beim Anblick hübscher Hunde hatte und später es nur selten und dadurch, dass er sich in die Arme einer gemeinen Dirne träumte, zur Kohabitation brachte. Zur Zeit der Beobachtung war Patient impotent. Seine Hauptklage betraf jedoch krampfhaftes Zusammenziehen der Wangenmuskeln und fast schmerzhaftes Spannen der Brust-, Bauch- und Beinmuskeln mit Versagen der Stimme und hochgradiger gemütlicher Depression. Ankämpfen gegen diese spastischen Erscheinungen steigerte dieselben; bei ruhigem Hinlegen mit bedecktem Körper verloren sie sich allmählich, und eine gelungene Kohabitation bewahrte den Pat. vor den in Frage stehenden Beschwerden für mehrere Tage. Der Pat., der sehr heruntergekommen war, zeigte ausserdem hochgradige Willensschwäche und Neigung zu hypochondrischer Ueberschätzung seines Zustandes. Hinsichtlich der Deutung des Falles gelangt der Autor zu der Anschauung, „dass die fehlenden

sexuellen Erregungszustände sich in perversen Erregungszuständen anderer Nervenbahnen abspielen.“ Dieser Satz ist nicht ganz klar; vermutlich wollte der Autor besagen, dass bei dem Pat. die sexuellen Erregungen, statt in normaler Weise sich zu äussern, abnorme Bahnen einschlugen und dadurch zu den spastischen Erscheinungen führten.

Die hypnotische Behandlung, welche der Autor zunächst bei dem Pat. versuchte, leistete nur wenig gegen den Zustand; entschieden bedeutender war der Erfolg der später eingeleiteten Suggestivbehandlung im Wachen.

L. Löwenfeld.

---

142) **Waldeyer**: Das Gehirn des Mörders Bobbe.

(Korrespondenzblatt der Deutsch. anthropol. Gesellschaft 1901. Bd. XXXII, S. 140.)

Es handelt sich um den durch die öffentlichen Blätter genügend bekannt gewordenen Mörder Bobbe, der verschiedene Male in seiner Wohnung bei Berlin Gruben herstellte, die er sorgfältig verdeckte und in die er seine Opfer bergen wollte. Zuletzt schoss er mit voller Ueberlegung eine Frau und zwei Kinder nieder, deren Leichen er in die betreffende Grube warf. Als er ergriffen werden sollte, tötete er sich dann selbst. Das Gehirn wog frisch aus dem Schädel genommen 1510 gr., resp. nach Abzug von ungefähr 5 % für das Blut, das sich unter die weichen Häute ergossen hatte, nahezu 1400 gr., ein über dem Durchschnitt stehendes Gewicht, namentlich wenn man das geringe Körpergewicht (etwas über 100 Pfund) in Betracht zieht. An der linken, von der Kugel nicht verletzten Hirnhälfte, fällt zunächst die grosse Fissura Sylvii auf; die Centralfurche bietet keine Besonderheiten. Die Stirnwindungen sind sehr gut entwickelt, besonders die zweite deutlich abgesetzt. Von einer vierten Stirnwindung ist nichts zu sehen. Die übrigen Windungen und Furchen weisen in keiner Beziehung etwas Abweichendes auf. W. möchte das Gehirn Bobbe's im Gegenteil als Typus eines normalen menschlichen Gehirns bezeichnen.

Auch der Schädel bietet nichts Auffälliges, nur dass er verhältnismässig gross und dünnwandig ist.

Verf. will aus dem einen Falle weder für noch gegen Lombroso's Theorie irgend welche Schlüsse gezogen wissen. Buschan.

---

143) **Vorster**: Material zu § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

(Psychiatrische Wochenschrift 51. 1902.)

Vorster berichtet über sieben Fälle, in denen gemäss § 1569 B. G.-B. Gutachten abgegeben wurden. In fünf werden dessen Vorbedingungen für gegeben erachtet, in zwei nicht. Die gerichtlichen Entscheidungen schlossen sich in allen sieben Fällen dem Gutachten an. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Krauss (Kennenburg).

---

144) **Esquirol**: La prophylaxe pénale du suicide.

(Revue de psychiatrie. Jan. 1902.)

Verf. legt ein Hauptgewicht auf das Verbot, in den Tagesblättern alle Selbstmorde aufzuführen, sowie über Morde zu berichten und sie in ihren Einzelheiten zu beschreiben. Diese häufigen Schilderungen von Mord und Selbstmord

wirken ansteckend und zur Nachahmung aufreizend. Es darf die Freiheit der Presse die wahren Interessen der Menschheit nicht gefährden.

Schott (Zwiefalten).

---

2. Anatomie des Nervensystems.

145) **Max Belukowsky** und **Max Plien** (Berlin): Zur Technik der Nervenzellenfärbung.

(Neurol. Centralblatt 1900. No. 24).

Die Verfasser empfehlen das Chresylviolett als ein gutes und bequemes Färbemittel für die chromophile Substanz der Nervenzellen.

Nach Härtung in Alkohol oder Formol und Einbetten in Celloïdin werden die Schnitte 24 Stunden lang in dünner, wässeriger Lösung (6—10 Tropfen auf 50 ccm) bei Zimmertemperatur gehalten, die Schnitte rasch durch Wasser durchgezogen, in Alkohol von steigender Konzentration entwässert und in Cajeputöl aufgehellt, welches mit Xylol abgespült wird.

Das Chresylviolett besitzt sehr schätzenswerte metachromatische Eigenschaften.

Hoppe.

---

146) **Schwalbe**: Technische Bemerkung zur Karminfärbung des Centralnervensystems.

(Centralbl. f. Allg. Path. u. path. Anat. XII, 881—883. 1901.

Schwalbe teilt kurz ein Verfahren mit, um auch an solchen Objekten, die, nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit, behufs Einbettung in Celloïdin durch Alkohol gegangen sind, gute Karminfärbungen zu erzielen. Er legt die fertigen Celloïdinschnitte noch einmal in Müller'sche Flüssigkeit (Brütschrank, einmal wechseln, $2^1/_2$ Wochen) oder in 1 % Chromsäure (bis ein bräunlichgelber Farbenton erreicht ist), spült kurz aus und färbt dann in üblicher Weise. War die Beizung mit Chromsäure zu intensiv, so muss kräftiger ausgewaschen werden, war sie zu schwach, so wird der Schnitt nach der Färbung mit wässriger Pikrinsäure behandelt. Man kann auf diese Weise schöne Karminpräparate erhalten, ohne auf die Einbettung verzichten zu müssen.

Schröder (Heidelberg).

V. Vermischtes.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte.

Der Verein der Deutschen Irrenärzte hat seine Jahresversammlung am 14. und 15. April in München abgehalten.*) Die Teilnehmerzahl betrug etwa 100. Bei der Eröffnung am Vormittag des 14. IV. begrüssten die Versammlung: von Grashey im Auftrage des Ministers des Innern, Med.-R. Messerer als Vertreter der Kreisregierung, Bürgermeister von Brunner im Namen der Stadt München und Prof. v. Dyck als Direktor der Technischen Hochschule, welch' letztere ihren physikalischen Hörsaal als Sitzungslokal zur

*) Der ausführliche Bericht folgt in dem nächsten Hefte.

Verfügung gestellt hatte. Als Gäste waren ferner anwesend der derzeitige Rektor der Universität und der Generalstabsarzt der Armee. Jolly gedachte kurz der Toten des Jahres. Es wurde beschlossen, am Grabe Gudden's einen Kranz niederzulegen.

In drei Sitzungen wurden zwei Referate erstattet und zehn Vorträge gehalten. Von letzteren behandelten drei (Brosius, Fürstner, Raecke) psychiatrische, die übrigen sieben anatomische, physiologische und neurologische Themata. Die deutschen Irrenärzte berichten eben, auch wenn sie unter sich sind, lieber von ihren privaten Forschungen auf Nachbargebieten als über Erfahrungen und Studien ihres engeren Berufes.

Das Hauptinteresse konzentrierte sich auf die beiden Referate und auf den Fürstner'schen Vortrag.

Zuerst kam Alzheimer-Frankfurt zu Worte mit seinem Referat über die Seelenstörungen auf arteriosclerotischer Grundlage. Seine Ausführungen waren vorwiegend anatomischer Natur. Dann folgte Hitzig-Halle mit einem weiteren Beitrag zur Polemik gegen die Lehren Munk's: Exstirpation einer oder beider Sehsphären beim Hunde verursachen stets nur vorübergehende Hemiopie. Bumm-München teilte einige Ziffern mit über den Zellreichtum des Ggl. ciliare der Katze nach verschiedenartigen Durchschneidungen seiner zuführenden Aeste.

Nach einer Frühstückspause sprachen in der zweiten Sitzung Degenkolb-Neustadt: Beiträge zur Pathologie der kleinen Hirngefässe, Vogt-Göttingen: Ueber Gesichtsfeldeinengung bei Arteriosclerose und Raecke-Kiel: Ueber Hypochondrie. Diskussionen fanden nicht statt. Schliesslich richtete Brosius-Sayn einen warmen Appell an die Versammlung zum weiteren Ausbau der segensreichen Irren-Hilfsvereine.

Die dritte Sitzung am Vormittag des 15. IV. eröffnete Hoche-Strassburg mit seinem Referat: Vorschläge zur Schaffung einer Centralstelle für Gewinnung statischen Materials über die forensischen Beziehungen der Geisteskranken. Da der Vortragende der Versammlung bereits ein festes Arbeitsprogramm mit allen Einzelheiten vorlegen konnte, gestaltete sich die Beschlussfassung einfach. Der Verein erklärte sich im Prinzip für einverstanden mit der Sammlung des Materials; Hoche wird zum Vorsitzenden einer Kommission gewählt, deren übrige Mitglieder er sich selber kooptieren kann; als Mitglied des Vorstandes des Vereins gehört Fürstner der Kommission an. Es werden für das nächste Jahr 300 M. bewilligt. Der darauf folgende Vortrag Fürstner's: Giebt es eine Pseudoparalyse? rief eine lebhafte Diskussion hervor. Dann kam noch ein Vortrag von Wolff-Basel: Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen und zwei anatomische Demonstrationen von Gudden-München und von Westphal-Greifswald. Damit war das wissenschaftliche Programm erledigt.

Am ersten Tage fand nachmittags ein gemeinsames Essen, abends Zusammenkunft im Hofbräuhaus statt, am zweiten nachmittags ein Essen in Feldafing am Starnberger See. Schröder.

Auf der Versammlung mittelrheinischer Aerzte, die am 20. Mai in Bad Soden im Taunus stattfindet, werden u. a. folgende Vorträge gehalten werden:

Hezel: Ueber die Frühdiagnose der Tabes.
Honigmann: Ueber Encephalitis.
Marcuse: Ueber den gegenwärtigen Stand der Lichttherapie.
Kraepelin: Die Diagnose der Neurasthenie.

Gaupp.

Auf der 27. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte (24. und 25. Mai in Baden-Baden) wird Hoche (Strassburg) das Referat erstatten über: Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Ferner sind folgende Vorträge angemeldet: 1. Prof. Dr. Erb (Heidelberg): Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Syphilis des zentralen Nervensystems. 2. Prof. Dr. v. Strümpell (Erlangen): Neurologische Mitteilungen. 3. Prof. Dr. Dinkler (Aachen): Ueber akute Myelitis (Verdacht auf Abscess; Versuch operativer Behandlung). 4. Prof. Dr. Schwalbe (Strassburg): Ueber Windungsprotuberanzen des Schädels. 5. Prof. Dr. Fürstner (Strassburg): Zur Kenntnis der vasomotorischen Neurosen. 6. Prof. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Zur vergleichenden Anatomie des Gehirns: Das Vogelgehirn. 7. Dr. Bayerthal (Worms): Zur Diagnose der Thalamus- und Stirnhirntumoren. 8. Prof. Dr. Schultze (Bonn): a) Weitere Mitteilungen über operativ behandelte Geschwülste der Rückenmarkshäute. b) Das Verhalten der Zunge bei Tetanie. 9. Prof. Dr. Hoffmann (Heidelberg): Ueber tonischen Facialiskrampf. 10. Dr. Ebers (Baden-Baden): Demonstration eines durch Operation geheilten Falles von chronischem Krampf der Nacken- und Halsmuskulatur. 11. Dr. Blum (Frankfurt a. M.): Ueber experimentelle Erzeugung von Geisteskrankheiten. 12. Prof. Dr. Gerhardt (Strassburg): Zur Anatomie der Kehlkopflähmungen. 13. Dr. Link (Freiburg): Demonstration von Muskelpräparaten bei Myasthenia gravis. 14. Dr. Vulpius (Heidelberg): Muskelüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung. 15. Prof. Dr. Nissl (Heidelberg): Ueber einige Beziehungen zwischen der Glia und dem Gefässapparat. 16. Dr. Schröder (Heidelberg): Die Katatonie im höheren Lebensalter. 17. Prof. Dr. Kraepelin (Heidelberg): Die Arbeitskurve. G.

Bei der Seltenheit von Hirngewichten niederer Völkerschaften mögen die Angaben, die Dr. Fülleborn in seinem Prachtwerke „Beiträge zur physischen Anthropologie der Nord-Nyassaländer“ (mit 63 Lichtdrucktafeln etc. im Verlage von Dietrich Reimer in Berlin, 1902) macht, hier Erwähnung finden. Die betreffenden Gehirne stammten von erwachsenen Negern des angegebenen Himmelsstriches und wurden im frischen Zustande gewogen. Fülleborn stellte folgende Gewichtszahlen fest: 1191 (bei 176,5 cm Körperhöhe), 1253, 1237, 1181 (an eitriger Meningitis verstorben), 1039 (bei 180,5 cm. Körperhöhe) und 1204,5 (bei 172,5 cm.) Gramm. Da diese Gehirne sich jetzt im ersten anatomischen Institute der Universität Berlin befinden, so steht zu hoffen, dass sie hier weiter sachgemäss untersucht werden. Buschan.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**
Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).
Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Südende-Berlin und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die „Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik", herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau. (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) pro Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 Juni.** Neue Folge. XVIII. Bd.

I. Originalien.

Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

Beiträge zur Kenntnis des Delirium tremens der Morphinisten.

Von **Dr. med. Karl Abraham,** Volontärarzt.

Das Studium der akuten deliriösen Zustände ist bis in die letzten Jahre hinein sehr vernachlässigt worden. Man begnügte sich mit der Kenntnis der augenfälligsten Symptome und beschränkte sich im Einzelfalle darauf, ihr Vorhandensein festzustellen. Von einer ins Detail gehenden Beobachtung und einer genauen Analyse der Erscheinungen, insbesondere auf Grund des Experiments, war dagegen keine Rede. Zuerst erfuhr das Delirium tremens alcoholicum nach gewissen Richtungen hin eine derartige Bearbeitung. Seit Liepmann's Untersuchung*) ist das Studium

---

*) Ueber die Delirien der Alkoholisten und über künstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen. Archiv für Psychiatrie, Bd. 27, 1895.

dieser wohlumschriebenen und der Beobachtung so leicht zugänglichen Krankheit rasch fortgeschritten, und in dem ihr gewidmeten Abschnitt von Bonhoeffer's jüngst erschienener Schrift: „Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker" besitzen wir jetzt eine Darstellung, die allen Seiten des Krankheitsbildes gerecht wird. Dagegen ist unser Wissen von den Intoxikations-Delirien anderer als alkoholischer Aetiologie im Wesentlichen auf dem alten Punkte stehen geblieben. Zum Teil liegt der Grund dafür in ihrer relativen Seltenheit. Sodann aber lauten die meist sehr kurzen Schilderungen, welche die Lehrbücher von diesen Zuständen geben, so bestimmt, dass man glauben möchte, es lägen genaue, systematische Untersuchungen zu Grunde, die einer Nachprüfung nicht mehr bedürften. Im konkreten Falle ist die Möglichkeit sicher ausgeschlossen, an der Hand so summarischer Darstellungen eine Differentialdiagnose zwischen Intoxikations-Delirien verschiedener Aetiologie zu stellen. Hierzu werden wir erst imstande sein, wenn exakte Einzelbeobachtungen in grösserer Zahl vorliegen. Bonhoeffer (l. c. Seite 2) meint, „dass der Eindruck der Identität ätiologisch differenter Symtomenkomplexe sich vielfach nur auf die Uebereinstimmung gewisser augenfälliger Symptome gründet." Er fährt fort: „Die Berechtigung und die Notwendigkeit eingehender symptomatologischer Untersuchungen ergiebt sich schon aus diesem Gesichtspunkt."

Speziell die Delirien der Morphinisten, die uns im Folgenden beschäftigen sollen, haben bisher keine genügende Berücksichtigung gefunden. Ich sehe hier von den zahlreichen Schriften über den Morphinismus ab, welche sich mit der blossen Erwähnung der Existenz eines „Delirium tremens ex morphinismo" begnügen.

Kraepelin spricht in seinem Lehrbuch (6. Auflage 1899; Bd. 2, S. 112) von einem Krankheitsbild, „welches die grösste Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens der Trinker darbietet, zumal auch die Unsicherheit der Bewegungen und das Zittern der Hände in gleicher Weise sich einzustellen pflegt." Er erwähnt dann noch, dass die Delirien der Morphinisten im Allgemeinen von kürzerer Dauer als jene der Alkoholisten seien; eine klinische Eigenart wird dem Krankheitsbilde nicht zugestanden.*)

Krafft-Ebing (Lehrbuch d. Ps., 2. Aufl. 1890, S. 633) weist auf die „vielfachen Analogieen" mit dem Delirium tremens alcoholicum hin und nennt in dieser Hinsicht „massenhafte Tiervisionen, episodisch auch obscöne Delirien, Agrypnie, Tremor."

*) Die in der „Einführung in die psychiatr. Klinik" desselben Autors kurz dargestellten Fälle sind durch Alcoholismus resp. Cocainismus kompliziert.

Eine ähnliche Schilderung giebt Mendel. (Psychiatrie, in Ebstein-Schwalbes Handbuch d. prakt. Medizin, S. 190). Dieser Autor spricht etwas bestimmter von „ängstlichen Wahnvorstellungen, welche meist Verfolgungsvorstellungen sind.“

In diesem Sinne äussert sich auch Lewin (Nebenwirkungen der Arzneimittel, 2. Aufl. 1893, S. 139): „Die Angst fehlt bei keiner derartigen Kur. Sie giebt das Leitmotiv für die Delirien ab.“ Lewin thut auch der sexuellen Delirien Erwähnung.

Nur eine einzige Publikation beschäftigt sich mit den Delirien der Morphinisten im Speziellen. Es ist E. Levinstein's kurze Abhandlung „Zur Morphiumsucht“ (1876). Sie war die erste und blieb die einzige. An Levinstein's sehr anfechtbare Ausführungen scheinen sich alle späteren Autoren angelehnt zu haben. Die Schwierigkeit, aus den klinischen Symptomen das Morphium-Delirium von anderen akuten Delirien zu unterscheiden, wird richtig gewürdigt. Es werden dann vier Merkmale genannt, nach welchen man Morphium- und Alkohol-Delirium soll unterscheiden können. Ich gebe sie etwas verkürzt wieder: 1. Das Delirium tremens ex morphinismo ist im Gegensatz zum Del. tr. alcoholicum ein Abstinenzdelirium. 2. Auf der Höhe des Del. potatorum verliert sich der Tremor, beim Del. ex morph. nimmt er zu. 3. Alkohol im Alk.-Delir. steigert die Unruhe, Morphium im Morph.-Delir. beruhigt. 4. Das Del. pot. dauert Tage bis Wochen; das Del. ex morph. überschreitet kaum 48 Stunden.“ — Es ist wohl ohne Weiteres ersichtlich, dass der Charakter der Krankheit damit in keiner Weise gekennzeichnet ist. Spezifische Symptome werden uns nicht genannt, sondern statt dessen einige angebliche Eigentümlichkeiten des Verlaufes. Ueber den Geisteszustand des Morphinisten im Delirium erfahren wir nichts. Erlenmeyer („Die Morphiumsucht“, 3. Aufl. 1887) hat Levinstein's Darstellung übernommen und keine neuen Gesichtspunkte hinzugefügt. Da auch die übrige umfangreiche Litteratur des Morphinismus in dieser Hinsicht uns nichts bietet, so sind wir über etwaige spezifische Symptome des Morphium-Delirs noch so gut wie gar nicht unterrichtet.

Der klinisch genau beobachtete Fall, den ich im Folgenden mitteile, scheint mir den Nachweis zu liefern, dass es wohl möglich ist, Alkohol-Delir und Morphium-Delir symptomatologisch zu trennen. Dass aus einem einzelnen Fall nur mit grösster Vorsicht Schlüsse zu ziehen sind, dessen bin ich mir wohl bewusst. Dennoch wird die Analyse des Falles und die Vergleichung aller Erscheinungen mit denjenigen des Alkohol-Delirs ein Ergebnis liefern: die Kenntnis solcher Züge, die dem Alkohol-Delirium durchaus fremd sind.

Krankheitsgeschichte.*)

53jähriger Kaufmann. Spritzt mit Unterbrechungen seit 30 Jahren Morphium. Im Feldzuge 1870 erhielt er einen Schlag aufs rechte Auge, welches — infolge Netzhautablösung — fast gänzlich erblindete. Die Schmerzen im Auge und eine angeblich später hinzugekommene Trigeminus-Neuralgie gaben die Veranlassung zum Morphium-Gebrauch. Seitdem hat Pat. sich im Ganzen siebenmal Entziehungskuren unterworfen und ist dann verschieden lange — einmal fünf Jahre, das letzte Mal dagegen nur einige Wochen — frei geblieben. Wiederkehr der Schmerzen und geschäftliche Sorgen sollen ihn dazu gebracht haben, immer wieder zum Morphium seine Zuflucht zu nehmen. Abgesehen von den Zeiten, die er in Anstalten zubrachte, will er stets imstande gewesen sein, sein Geschäft zu versehen, wenngleich seine Energie vermindert war und er z. B. ungern in Gesellschaft ging. Angstzustände, Hallucinationen u. dergl. will er nie gehabt haben, was durch den Hausarzt bestätigt wurde. Während der Morphium-Perioden magerte Pat. jedesmal ab und litt an Obstipation. Die drei letzten Entziehungskuren fallen in die Jahre 1896, 1899 und 1901. Er hat rasche und langsame Kuren durchgemacht. Von Abstinenzerscheinungen waren nach Angaben des Pat., welche übrigens durch die Krankengeschichten der betreffenden Anstalten bestätigt wurden, nur hartnäckige Diarrhöen, Schlaflosigkeit, Niesen und Pollutionen verzeichnet Delirien sind nie vorgekommen. — Am 15. IX. 1901 nach viermonatlichem Aufenthalt aus einer Privatanstalt (langsame Entziehungskur) entlassen, wurde er rasch wieder rückfällig. Am Tage der Aufnahme (26. X. 1901) war er bereits wieder bei einem täglichen Konsum von 0,3 g in 3°/₀iger Lösung angelangt, nahm jedoch ausserdem $6_{,0}$ Amylenhydrat. Am Abend des 25. X. 1901 las Pat. im Bett, schlief ein und warf die Lampe um, so dass das Bett Feuer fing. Er selbst erwachte, als er bereits Brandwunden hatte, zog sich notdürftig an und stürzte zum nahen Polizeibüreau, um Feuer zu melden. Man hielt ihn für betrunken; er erklärte dann, dass er Schlafmittel gebrauche. — Andern Tages mit kreisärztlichem Attest in hies. Anstalt.

(29. X. 1901.) Macht bei der Aufnahme einen übernächtigen Eindruck, war aber über Ort und Zeit orientiert und imstande, obige anamnestische Angaben zu machen, deren Richtigkeit durch die Mutter des Pat. bestätigt wurde.

Haut welk, graugelb. Alte Abscessnarben. Coniunctivae gerötet. Pupillen weit. Licht- und Konvergenz-Reaktion prompt. Gesichtsmuskulatur wogt. Hände zittern. Sehnenreflexe lebhaft. Sensibilität intakt.

Da Pat. erst seit einigen Wochen wieder Morphinist war und keine sehr hohen Dosen gebrauchte, so wurde das Morphium schnell entzogen. Am ersten Tage äusserte Pat. nicht den Wunsch nach einer Injektion. Am 27. und 28. X. erhielt er je 0,02, am 29. X. 0,1, an den folgenden Abenden (Delirium!) 0,005 bis 0,1; sonst keine Schlafmittel. Von Abstinenz-Erscheinungen traten bis zum 30. X. mittags auf: mässige Unruhe, verstärktes Zittern, Schlaflosigkeit. Am 30. X. mittags traten krampfartige Zuckungen auf. Nachmittags war Pat. zeitweise delirant. Er sah ein Frauenzimmer, sprach von der Beerdigung einer bekannten Persönlichkeit.

1. XI. 1901 nachts fast ganz schlaflos. Ging aus dem Bett. Verlangte seine Sachen, um nach Berlin zu gehen.

2. XI. 1901. Ist im flottesten Delirium. Am Tage keine erhebliche motorische Unruhe. Erzählt spontan, er sei nachts 4 Uhr vom Wärter geweckt worden und dann bis zur österreichischen Grenze gereist. Habe sich dort mit einer Gräfin verlobt, die drei Schlösser besitze. — Pupillen weit.

3. XI. 1901. Nachts sehr unruhig. Nahm andern Kranken die Decken, wurde schliesslich so störend, dass er für einige Stunden isoliert werden musste. In der Zelle schlaflos. — Bei der Visite spricht Pat. laut nach dem Fenster hin, halluciniert offenbar. Giebt zu, dass er Allerhand sieht und hört, klagt aber, dass so wenig Erotisches dabei sei. — Puls regelmässig. Zunge unruhig. Im Urin etwas Eiweiss, kein Zucker. — Nachmittags in guter Stimmung und sehr mitteilsam. Will heute Mittag nicht halluciniert haben (gebraucht dies Wort selbst). Er habe nur laut nachgedacht, wie er es oft thue.

---

*) Den Krankheitsfall haben mein verehrter Chef, Herr Geh. Medizinalrat Dr. Sander und Herr San.-R. Dr. Richter mir zur Veröffentlichung gütigst überlassen. — Durch erfahrenen Rat hat mein verehrter Lehrer, Herr Privatdoz. Dr. Liepmann, meine Arbeit gefördert. Ich fühle mich verpflichtet, ihm an dieser Stelle meinen Dank dafür auszusprechen.

„Ich war mit jemandem gegangen." — Stösst jetzt mit der Zunge noch stärker an, spricht „bitchen" statt „bischen" etc. Beginnt spontan lebhaft zu erzählen:*) „An dem Tage, wo ich plötzlich hier verschwand, war die Verlobung in . . . . . an der Schweizergrenze. Ich wurde um vier Uhr morgens plötzlich geweckt, gebeten mich sofort anzukleiden und der mich weckenden Persönlichkeit zu folgen. Ich kam dem Befehl nach, im stummen Bewusstsein der Pflicht (aber ohne im geringsten nachzudenken) und wir fuhren in einer Equipage nach dem . . . . . . Bahnhof, den ich zwar nicht erkannte, den ich aber nachträglich mit den Ereignissen zusammenreimte. Wir kamen abends in . . . . . . an. Merkwürdigerweise fiel mir nicht einmal der Gedanke ein, wohin. Der Grund war, dass eine sehr liebenswürdige Dame im Coupé sich mit mir unterhielt und durch ihre vortreffliche Unterhaltung meine reichlich angeregte Unterhaltungsgabe auf das Lebhafteste beschäftigte. Wir fuhren dann im Privatwagen höchstens eine Minute, und traten gleich darauf, nachdem wir uns notdürftig vom Staub der Reise gereinigt, ich in einem Anzuge, der mir unterwegs zur Teilnahmsfähigkeit an einer Gesellschaft gereicht war, ein. Bei meinem Eintritt erhob sich das Haus und rief mir unter dreimaligem Vivat sein Willkommen zu. Jetzt dachte ich mit einem Male: wer sind die Leute? Um indirekt dies herauszubekommen, beantwortete ich das Willkommen mit einer kleinen Rede, welche humoristisch in den Worten endete: Wer seid ihr, was wollt ihr, was soll ich thun? So wie ich's kann, so werd' ich geruhn es zu thun. Nach weiteren Reden wurde ich auf eine in der Mitte der Tafel sitzende Dame hingewiesen, welche mich lebhaft begrüsste und mir Kussfingerchen zuwarf. Ich eilte hin und bemerkte mit Erstaunen, dass ich die Gesichter mehrerer Bekannten passierte. Ich kniete vor der Dame nieder, küsste ihr die Hand und sah ihr in die Augen. Ich hatte bis jetzt nie Lust zur Heirat. Hier aber nahm ich sicher an, dass ihre Vermögenslage eine glänzende, und wusste, dass sie auf der Bühne als einzige und erste dastand. Ich dachte: die Zeiten werden schlechter, du selbst wirst älter und fauler und kränker — hol's der Deubel, du nimmst se. Und ich nehme se. Die Verlobungsfeier dauerte bis 12 Uhr, dann blieb ich noch ungefähr zwei Stunden bei meinem neuen Liebchen wach und betrachtete sie zeitweise verstohlen daraufhin: Was wird sie wohl von deiner persönlichen männlichen Leistungsfähigkeit verlangen? Sie schmunzelte, denn sie ahnte meine stumme Frage. Dann warf sie sich stürmisch an meinen Hals und rief pathetisch: Du kannst es!"

Erzählt noch eine Menge solcher Erlebnisse. Eines derselben endet damit, dass er in einem Thorweg eingesperrt wird. Hier hat Pat. offenbar den Vorgang der Isolierung verarbeitet. Pat. will dann in einer Blechrolle nach Dalldorf zurückgebracht sein.

Sieht während der Erzählung einen Hund, ruft ihn, will ihn streicheln. Da er ins Leere greift, sagt er: „Der hat wohl nie einen Kopf gehabt." Bald darauf hört er den Hund auch bellen. Giebt zu, auch andere Tiere (Affen, Schweinchen, Kaninchen) gesehen zu haben. Abbildungen in einem Buch erkennt und beschreibt er richtig. Beim Vorlesen fällt er von einer Zeile in die andere, verliest sich, giebt aber den Inhalt richtig wieder. — Ist örtlich und zeitlich orientiert.

Bei Fingerdruck auf die Augen giebt er an, zu sehen: „Gelbe Blitze und Kurven, ein steinerner Sockel, darauf mit lateinischen Buchstaben „Stein?", ferner Türme, Menschen." — Wegen Coniunctivitis erhält Pat. eine Einträufelung. Als er die Augen fest zukneift, werden dadurch neue Visionen hervorgerufen. Pat. fährt zusammen und sagt: „Steht auf der Flasche in der Mitte nicht „Syphilis"?" (Thatsächlich stand gar keine Flasche da.) — Sieht ferner: „eine goldene Eins, rotes kräftiges Blut, einen Toten mit weissem Blut, jetzt ganz hell, kalt und weiss in der Mitte."

Kalt? — „Ja es giebt auch eine warme Kälte — eine dunkle Kälte wollte ich sagen." —

Behauptet, unruhiges Volk zu sehen. „Aber die Phantasie mag mitsprechen." — Die Zuckungen dauern an.

5. XI. 1901. Schreibt eine Karte an seine „Verlobte".

6. XI. Nachts unruhig. Suchte im Bett seine Uhr. Behauptete heute, sein Bettnachbar habe die Uhr mit Kette verschluckt; er habe es gesehen. Vielleicht habe der es aus Versehen gethan.

---

*) Das Folgende ist einem wörtlich nachgeschriebenen Diktat des Kranken entnommen. Im Original der Krankengeschichte nehmen diese Erzählungen einen sehr viel grösseren Raum ein.

7. XI. Dauernd heitere Stimmung. Sah nachts eine Dame, die ihm ein Paket bringen wollte. Hält an seinen Angaben über seine Reise etc. fest. Will dreimal von hier fort gewesen sein.

Liest heute auch kleine Schriftproben korrekt. Abbildungen beschreibt er leicht konfabulatorisch, illusioniert einiges hinzu, z. B. beschreibt er eine Kellerthür mit zwei Tförmigen Beschlägen: „Ein Thürfüllungsschild mit der Zeichnung „Mit Gott“ liegt am Boden“ u. a. m. — Szenen aus einem Bilderbuche beschreibt er nach mehreren Minuten aus dem Gedächtnis richtig. — Associationen auf zugerufene Worte: Antworten erfolgen prompt. Keine Klangassociationen; z. B.:

Freude — Leid. Soldat — Zivilist. Glas — Glück.
Heirat — Wie kann man nur so dumm sein.

Einige Male verhörte sich Pat. bei den Versuchen.

8. XI. Pat. liegt ruhig im Bett. Nachmittags steigern sich die Zuckungen zu einem förmlichen Anfall. Pat. schläft dabei, ist aber durch Anrufen zu erwecken. Antwortet auf Fragen.

9. XI. Heute früh ein ähnlicher Zustand. Dann noch seltenere Zuckungen den ganzen Tag über. — Dauernd delirant. Will Besuche empfangen haben. Seine Verlobungsgeschichte stehe heute in der Zeitung. Will ein Schreiben erhalten haben, wonach der Minister des Innern seiner Braut eine Villa geschenkt habe. Auf die Frage, wo das Schreiben sei, zeigt Pat. auf die Bettdecke. Dort ständen die Buchstaben. — Pup. enger. Wunsch nach Morphium wird geäussert, aber nicht sehr lebhaft.

10. XI. Diese Nacht ruhig.

11. XI. Kritisches Ende des Deliriums. Pat. ist völlig klar. Hat Krankheitseinsicht.

14. XI. Giebt eine ausführliche Katamnese. Zeigt sich über Beginn und Dauer des Deliriums unterrichtet. Erzählt dieselben Geschichten wie im Delirium, nur weniger selbstbewusst und mit kleinen Abänderungen. (Eine ausführliche Veröffentlichung würde zuviel Raum einnehmen.)

19. XI. Dauernd klar. Gute Gewichtszunahme.

21. XII. Mit 16 Pfund Gewichtszunahme entlassen.

Die Krankengeschichte zeigt, dass der Patient ein intelligenter Mensch war, der über seinen Zustand sehr gut Auskunft gab. Darum scheint mir der Fall zur Analyse und zu einem Vergleich mit dem Alkohol-Delirium sehr geeignet. Der Besprechung der einzelnen Symptome schicke ich einige Bemerkungen über den Gesamtverlauf voraus.

Der Beginn des Delirs fiel auf den fünften Tag der Entziehung. Zweifellos handelte es sich um ein Abstinenz-Delirium. Ich erwähne dies, weil Bonhoeffer neuerdings für einen kleinen Prozentsatz von Alkoholdelirien die Abstinenz als Ursache anerkennt. An den vorhergehenden Tagen waren motorische Unruhe, Schlaflosigkeit und verstärkter Tremor bemerkt worden. Diese Erscheinungen gehören der Abstinenz überhaupt an; inwieweit man sie als Prodrome des Deliriums anzusehen hat, dürfte schwer zu entscheiden sein. Fast gleichzeitig mit dem Auftreten der ersten Hallucinationen stellten sich die in der Krankheitsgeschichte beschriebenen krampfartigen Zuckungen ein. Da sie gleichzeitig mit dem Delirium endeten, so liegt es nahe, in ihnen eine Begleiterscheinung des Deliriums zu sehen. Erst weitere Beobachtungen können darüber sicheren Aufschluss bringen.

Die Dauer des Deliriums betrug in unserem Fall 11 bis 12 Tage. Kraepelin (l. c.) erwähnt einen Fall von noch längerer Dauer. Die oben

zum Teil zitierten Angaben anderer Autoren lauten verschieden. Wir müssen annehmen, dass die Dauer zwischen einem Tag und mehreren Wochen, also in ziemlich weiten Grenzen variiert. Für das Delirium alcoholicum sind die Grenzen im ganzen enger gesteckt; es verläuft meist in drei bis fünf Tagen. „Immerhin kommen Fälle von acht und neun Tagen vor.“ (Bonhoeffer l. c.)

Erlenmeyer will zwei Stadien unterscheiden. Für manche Fälle mag dies zulässig sein, in dem meinigen aber würde mir eine solche Teilung gesucht erscheinen. Dagegen hatte ich den Eindruck eines remittierenden Verlaufs. Die motorische Unruhe war nachts stärker als am Tage, die Hallucinationen traten zu Zeiten auf, um dann wieder zurückzutreten, und von den krampfartigen Zuständen, auf die ich später zurückkomme, lässt sich das Gleiche sagen.

Das Delirium nahm ein kritisches Ende. Pat. verfiel in Schlaf. Aus demselben erweckt war er vollständig klar. Der Ablauf des Delirs kam natürlich auch in dem Schwinden der körperlichen Symptome, besonders aber in der nun rapide aufsteigenden Kurve des Körpergewichts zum Ausdruck.

Die psychischen Erscheinungen wichen in unserm Fall trotz mannigfacher Analogien doch wesentlich von denjenigen des Alkohol-Deliriums ab. Diese Unterschiede lassen sich jedoch, wie wir sehen werden, auf einige wenige Grundursachen zurückführen.

Zunächst mag auf den eigenartigen Affekt unseres Kranken hingewiesen werden. Mit auffallender Uebereinstimmung erklären die Autoren, dass in erster Linie die Angst dem Krankheitsbilde sein charakteristisches Gepräge verleihe. Das wäre nun eine Analogie wesentlicher Art mit dem Alkohol-Delir. Allein an meinem Fall konnte ich die Richtigkeit dieser Angabe nicht bestätigen. Der Pat. hat niemals über ein Angstgefühl geklagt. Sein Gesichtsausdruck war fast durchweg heiter. Unter den vielen Hallucinationen treten solche bedrohlichen Inhalts fast ganz in den Hintergrund. Die wahnhaften Erlebnisse sind durchaus nicht durch den Affekt der Angst gefärbt. Mit Recht ist darauf hingewiesen worden, dass der Alkoholist in seinen deliranten Erlebnissen meist eine leidende Rolle spielt. Unser Morphinist steht dagegen in seinen hallucinatorischen Erlebnissen aktiv im Mittelpunkt des Ganzen, gewissermassen als der Held des Romans, den er erlebt. Im Einklang damit steht seine keineswegs ängstliche, sondern heiter-gehobene Stimmung. In dem ausführlichen Diktat zeigt der Patient sich zu Scherzen geneigt. Seine Heiterkeit ist aber nicht identisch mit dem von Kraepelin sogenannten „Galgenhumor“ der Trinker. Er fühlt

sich im allgemeinen ja durchaus als Herr der Situation. Eine einzige Szene findet sich in den Erzählungen des Kranken, in der er eine leidende Rolle spielt und Angst auszustehen hat. Diese Szene aber ist eine Umdeutung der Isolierung, also eines Vorganges, der den Patienten psychisch stark alterieren musste. Das Bedrohliche der Situation hält sich in mässigen Grenzen; er wird aus ihr erlöst, während bei Trinkern in ähnlichen Lagen das „Ermordetwerden" etc. gewöhnlich ist. Uebrigens äusserte sich bei unserm Patienten die ausgestandene Angst nicht in seinem Gesichtsausdruck, Benehmen etc., sondern er übte eine Kritik an den Zuständen, unter denen so etwas vorkommen könne. Er zeigte mehr Entrüstung als Furcht. Die Unlustgefühle gingen bei ihm tiefer und wurden psychisch mehr verarbeitet, als bei Alkoholisten der Fall zu sein pflegt. Ein Verhalten des Affektes wie das geschilderte ist dem Krankheitsbilde des Alkohol-Deliriums vollkommen fremd. Das Vorherrschen expansiver Stimmung ist eine wesentliche Besonderheit unseres Falles.

Noch mehr verdient der Bewusstseinszustand des Kranken Beachtung. Die Trübung des Bewusstseins, welche ja zweifellos vorhanden war, erreichte keineswegs den Grad wie im Alkohol-Delirium, obgleich es sich nach Art, Zahl und Dauer der Krankheitssymptome sicher um ein schweres Delirium handelte. Insbesondere erscheint mir das Verhalten der Aufmerksamkeit interessant und geeignet, eine Reihe der beobachteten Erscheinungen zu erklären. Die Aufmerksamkeit pflegt im Delirium potatorum eine tiefgreifende Störung zu erfahren. In unserm Falle war sie, wenn auch nicht absolut intakt, doch nur in geringem Grade gestört — etwa wie im Zustande der physiologischen Ermüdung.

Der Kranke verhörte sich einige Male, verlas sich auch, während Versprechen nur ganz ausnahmsweise vorkam. Den Inhalt des Gelesenen vermochte er korrekt wiederzugeben, was bei einer schweren Störung der Aufmerksamkeit unmöglich gewesen wäre. Alkoholisten sind, zumal auf der Höhe des Delirs, hierzu wohl nie imstande. Auch pflegen sie, weil sie ihre Aufmerksamkeit immer nur für kurze Zeit auf einen Gegenstand konzentrieren können, Bilder konfabulatorisch zu beschreiben und illusionäre Elemente hineinzumischen. Unser Kranker benannte alle einfachen Bilder richtig, nur von abgebildeten Szenen und von komplizierten Dingen gab er leicht konfabulatorisch gehaltene Beschreibungen.

Den Geisteszustand der Alkoholisten im Delirium charakterisiert die grosse Ablenkbarkeit. Diese habe ich bei meinem Patienten völlig vermisst. Er blieb, während er seine Diktate gab, obgleich diese stundenlang dauerten, auffallend gut bei der Sache, kehrte nach ablenkenden Unterbrechungen von selbst zurück und nahm ohne Nachhilfe den Faden

immer richtig wieder auf. Der Gedankengang in seinen Beschreibungen ist durchaus geordnet, der Ausdruck korrekt. Es bedurfte nie besonderer Aufforderungen, um die Aufmerksamkeit des Kranken zu fixieren, während der Alkoholist, einen Augenblick sich selbst überlassen, sofort abschweift. Bonhoeffer sagt (l. c. S. 36): „Der Vorstellungsverlauf hat beim Deliranten die Neigung, sich in Nebenassociationen zu verlieren; die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit ist so herabgesetzt, dass gesunde kombinatorische Leistungen unmöglich werden.“ Auf unsern Morphinisten trifft diese Darstellung in keiner Weise zu. Der Bericht über seine Erlebnisse zeigt dies aufs deutlichste. Alkoholisten erleben im Delirium so Zusammenhängendes nicht, und die Darstellung, die sie von ihren wahnhaften Erlebnissen geben, ist durch krasse Gedankensprünge gekennzeichnet. Dies Sprunghafte fehlt in den Erzählungen unseres Kranken völlig.

Dass der Verlauf der Vorstellungen ein normaler war, zeigen auch die Associationsversuche. Es fehlen Reim- und Klangassociationen. Die Reaktionsworte sind zum Teil recht sinnreich und originell gewählt.

Der enge Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeit und Orientierung wird durch unsern Fall sehr lehrreich illustriert. Die Alkoholisten, deren Aufmerksamkeit herabgesetzt ist, sind bei erhaltenem Ichbewusstsein örtlich und zeitlich desorientiert. Sie glauben sich meist in ihrem alltäglichen Milieu zu befinden, und ihre motorische Unruhe äussert sich in Gestalt der Beschäftigungsdelirien, deren Inhalt durch die gewöhnliche Thätigkeit des Deliranten bestimmt wird. — Anders unser Morphinist. Zwar war er in seinen wahnhaften Erlebnissen, die er übrigens zum grössten Teile Nachts durchmachte, weit fort. So oft er aber fixiert wurde, erwies er sich über Ort und Zeit unterrichtet. Beschäftigungsdelirien wurden nicht beobachtet. Er erfasste also die Situation im ganzen richtig, und nur vorübergehend (in den traumartigen Erlebnissen) kam es zu einer Fälschung des Situationsbewusstseins. Auch auf der Höhe des Deliriums wusste er, dass er sich in der Entziehungskur befand und besass einen gewissen Grad von Krankheitseinsicht. — Das Gedächtnis für frühere Ereignisse war intakt.

Liepmann hat darauf hingewiesen, dass das Ichbewusstsein im Alkohol-Delirium erhalten ist und dass die Deliranten an ihre eigene Person keinen Wahn knüpfen. Unser Morphinist zeigt ein anderes Verhalten. Seine Erlebnisse führen ihn in gesellschaftliche Höhen, die für ihn schlechterdings unerreichbar sind. Er erhält fürstlichen Besuch etc. Darin kommt eine Tendenz zur Bildung eines Grössenwahnes

zweifellos zum Ausdruck. Doch treibt er den Grössenwahn nicht ins Masslose, sondern bewahrt sich eine gewisse Selbstkritik. Als er in gehobener Stimmung von seiner Verlobung berichtet, hebt er seine eigenen körperlichen Schwächen und Gebrechen hervor.

Weiter unterschied unsern Kranken von den Alkoholisten die intakte Merkfähigkeit. Sie wurde experimentell festgestellt. Auch sei darauf hingewiesen, dass er nach Ablauf des Deliriums sich einer Aeusserung des Arztes erinnerte, die am ersten Tage des Deliriums gefallen war. Ueberhaupt wies die Erinnerung an das Vorgefallene keine bemerkbare Lücke auf, während sie bei Alkoholisten doch nur recht summarisch zu sein pflegt.

Das Erhaltensein der Aufmerksamkeit dient uns noch zur Erklärung weiterer Erscheinungen. Im Delirium potatorum nehmen infolge schwerer Störung der Aufmerksamkeit die Illusionen einen sehr breiten Raum ein und scheinen sogar die Mehrzahl der Sinnestäuschungen auszumachen. Wir dürfen bei unserm Morphinisten ein umgekehrtes Verhältnis erwarten. Thatsächlich überwogen die Hallucinationen entschieden, während Illusionen nur einzeln vorkamen.

Welches Sinnesgebiet vorwiegend betroffen war, will ich nicht entscheiden. Ein Ueberwiegen der Gesichtstäuschungen, wie es nach allgemeiner Annahme für das Alkohol-Delir charakteristisch ist, habe ich nicht konstatieren können. Tiervisionen spielten eine gewisse Rolle, aber sie erschreckten den Kranken nicht. Uebrigens hörte er einen Hund, den er gesehen haben wollte, kurz darauf auch bellen. Doch handelte es sich hier wohl um eine ihm suggerierte Illusion. — „Bewegte Hallucinationen“ (Bonhoeffer) habe ich vermisst. Ein Einfluss der Alltagsbeschäftigung auf den Inhalt der Sinnestäuschungen war nicht zu erkennen. Dass dieselben im ganzen keinen bedrohlichen Charakter trugen, ist bereits erwähnt. Dagegen ist noch zu bemerken, dass in den hallucinatorischen Erlebnissen sexuelle Regungen in einer Weise zum Ausdruck kamen, wie dies im Alkohol-Delir wohl nie beobachtet wird.

Liepmann's Beobachtung, dass man bei Alkohol-Deliranten zu Zeiten, wo sie spontan nicht hallucinieren, durch Druck auf die Augen Visionen hervorrufen kann, habe ich bei meinem Patienten in derselben Weise gemacht. Das Phänomen ist also nicht ausschliesslich für das Alkohol-Delirium charakteristisch. Auch in Einzelheiten zeigt sich hier eine überraschende Uebereinstimmung. Die „Druckvisionen“ wurden, ebenso wie bei den Alkoholisten, mit der Person des Deliranten nicht in Verbindung gebracht. Auch in den Druckvisionen des Morphinisten spielte Gedrucktes und Geschriebenes eine grosse Rolle.

Bemerkenswert erscheint mir noch, dass das Zukneifen der Lider nach einer dem Patienten gemachten Einträufelung in derselben Weise wirkte, wie der mit den Fingern ausgeübte Druck.

Auch die Suggestibilität für Sinnestäuschungen war die gleiche wie im Alkohol-Delirium.

An der Realität seiner Wahrnehmungen hielt der Kranke durchaus fest. Nur gelegentlich der Druckvisionen meinte er einmal: „Die Phantasie mag mitsprechen.“

Der körperliche Gesamteindruck war von dem bekannten Bilde des Alkohol-Deliranten nicht deutlich unterschieden. (Von den Beschäftigungsdelirien der Alkoholisten sehe ich hier ab). Nur einer Erscheinung ist an dieser Stelle noch zu gedenken. Wie erwähnt, begleiteten das Delirium vom Anfang bis zum Ende krampfähnliche Zuckungen. Sie waren durch leichte Berührung des im Bette liegenden Patienten auszulösen. Zeitweise traten sie spontan und heftiger auf und steigerten sich zu förmlichen Anfällen. Dann zuckten Hände und Füsse andauernd. Die Stellung der Augen war jedoch nicht verändert. Die Pupillen reagierten in normaler Weise. Für die Beurteilung des Phänomens ist von ausschlaggebender Wichtigkeit, dass das Bewusstsein nicht aufgehoben war. Manchmal verfiel Pat., während die Extremitäten zuckten, in Schlaf, war aber durch Anrufen leicht zu erwecken. Nachdem das Delirium seinen Höhepunkt überschritten hatte, beklagte er sich sogar selbst über das „Nervenzucken.“ — Es handelte sich also nicht um epileptische Zustände. Ich möchte die Erscheinung vielmehr mit den bei Alkoholisten vorkommenden Schlafzuckungen vergleichen. Weitere Beobachtungen über dieses bisher nicht genügend beachtete Symptom der Morphium-Abstinenz wären sehr wünschenswert, da zumeist — u. a. von Levinstein — nur Krampfanfälle mit Bewusstseinsstörung beschrieben sind.

Zusammenfassend führe ich die Eigentümlichkeiten, welche das Delirium unsres Morphinisten vom Alkohol-Delirium trennen, noch einmal auf. Es sind:

1. die fast durchweg gehobene Stimmung; dementsprechend:
2. der meist lustvolle Inhalt der deliriösen Erlebnisse,
3. die zum Grössenwahn tendierende Alteration des Ichbewusstseins bei im Groben erhaltener Identität desselben,
4. ein gewisser Grad von Krankheitseinsicht,
5. das nur in den deliriösen Erlebnissen vorübergehend gefälschte, bei Fixierung des Kranken erhaltene Situationsbewusstsein,
6. die normale Merkfähigkeit, die nahezu normale Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zu guten associativen Leistungen.

Die genannten Erscheinungen sind Eigentümlichkeiten eines einzelnen Falles. Bevor wir zu einer befriedigenden Kenntnis der typischen Erscheinungen des Morphium-Deliriums gelangen, bedarf es der Beobachtung und Analyse weiterer Fälle. Die vorliegende Mitteilunng soll nur einen Schritt auf dem Wege zu jenem Ziele bedeuten.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. November 1901.

Von **Dr. Max Edel**-Charlottenburg.

Auf Antrag von Herrn Jolly wird von der Gesellschaft der Sammlung für die Errichtung einer Griesingerbüste in der Königl. Charité die Summe von 200 M. überwiesen.

130) **F. Krause**: Ueber einen Fall von Trigeminus-Neuralgie mit Narben-Epilepsie; Erfolg durch Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Vortragender betont, dass er den Fall nicht als geheilt und abgeschlossen vorstelle, da man bei der Epilepsie jahrelang warten müsse; aus äussern Gründen müsse er aber den Kranken nach ausserhalb entlassen. Es handelt sich um einen 48jährigen Mann, dessen Grossmutter mütterlicherseits im Irrenhaus gewesen und dort gestorben ist. Alle andern Verwandten sind, soweit er sie kennt, frei von Nervenkrankheiten und Psychosen. Der Kranke selbst war bis Ostern 1897 gesund, wo er einen Unfall erlitt. Er fiel von einer Treppe, schlug mit dem linken Supraorbitalrand auf und bekam einen starken Bluterguss über der ganzen linken Gesichtshälfte. Derselbe heilte in einigen Tagen glatt ab. Im Anschluss an diesen Unfall stellten sich neuralgische Beschwerden ein, anfangs in dem linken Supraorbitalgebiet, bald auf das Infraorbitalgebiet übergehend, dann das ganze Trigeminusgebiet umfassend; später kam eine Beteiligung des Occipitalgebietes hinzu. Er wurde nun auswärts wegen der Trigeminus-Neuralgie drei Operationen unterzogen; 1898 wurde der Infraorbitalis reseziert, dann der zweite Ast, beides von Prof. Schede; diese zweite Operation war kurze Zeit bezüglich der Schmerzen von Erfolg begleitet, aber der Kranke bekam im Anschluss daran Epilepsie. Bei der dritten Operation, welche am Unterkiefer vorgenommen wurde, wurde der dritte Ast des Trigeminus reseziert; auch diese Operation blieb erfolglos. Durch die Schmerzen und Krampfanfälle hatte er so gelitten, dass er vollkommen erwerbsunfähig war. Dabei war er so deprimiert, dass er im Sommer 1901 ein Tentamen Suicidii machte. Am 23. September d. J. wurde er mit Neuralgie des Trigeminus und Occipitalis in das Augustahospital aufgenommen. Dort bekam er wiederholt Anfälle, die zum Teil vom Arzt beobachtet wurden. Sie verliefen mit Bewusstlosigkeit, Cyanose, stertoröser Atmung, Schweissausbruch, tonischen Spannungen und klonischen Zuckungen, Pupillenlichtstarre, aufgehobener Sensibilität und nach-

folgender Somnolenz. Bei Druck auf die Gesichtsnarbe konnte ein neuer Anfall hervorgerufen werden und beim Verschwinden desselben trat durch den Druck auf die Narbe eine erneute Verstärkung der Zuckungen ein. K. fasst daher diesen Fall als Narbenepilepsie auf. Die Krämpfe setzten ein, ohne dass seelische Erregungen vorausgegangen waren, die Zuckungen liessen keine Spur von Willkür wahrnehmen. Die Dauer der Krämpfe betrug 3 bis 4 Minuten. Die Anfälle hinterliessen tiefe Schlafsucht. Es bestand Benommenheit und Verwirrtheit nach den Krämpfen. Eine Abnahme der Intelligenz und Gedächtnisschwäche konnte nicht festgestellt werden. Bekanntlich werde durch Excision der Narbe in den Fällen Heilung erzielt, in welchen die Hirnrinde noch nicht zu stark verändert ist. In diesem Fall war aber die Narbe ungeheuer tief und hätte nach der schwierigen und eingreifenden operativen Entfernung immer wieder eine Narbe hinterlassen. Daher fasste Vortr. den Plan, durch Exstirpation des Ganglion Gasseri die Leitung vom Trigeminus zur Gehirnrinde zu unterbrechen und so den von der Narbe auf die Gehirnrinde ausgeübten Reiz dauernd zu beseitigen. Auf die Technik der Operation ging Vortr. nicht näher ein. Der erste Ast des Trigeminus dürfe nicht freigelegt werden, weil er im sinus cavernosus verläuft. Vortr. hat in 35 Fällen diese Operation gemacht und seit 1892 kein Recidiv bekommen. Er könne sich auch nicht denken, wie danach eine Regeneration des Ganglion zustande kommen sollte; ein dafür angeführter Fall von Garrey sei nicht mehr beweiskräftig. In dem vorliegenden Fall handelte es sich nicht um typische, mit Remissionen und Intermissionen auftretende Trigeminus-Neuralgie, sondern um einen atypischen Fall. Das vorgezeigte Präparat betraf den Trigeminusstamm, das Ganglion Gasseri und den Stumpf des zweiten und dritten Astes. Nach der Operation sind die epileptischen Anfälle bis heute nicht wiedergekehrt Der Erfolg der Operation war auch ein derartiger, dass die qualvollen Schmerzen im Trigeminusgebiete überhaupt verschwunden sind. Es bestehen nur noch Schmerzen im Occipitalisgebiet, welche aber jetzt viel milder sind. Vortr. ist sich darüber klar, dass er hier von einer Heilung der Epilepsie noch nicht sprechen kann, wird aber nach Jahren über diesen Fall weiter berichten. Zum Schluss beschreibt er einen Fall von Epilepsie, den er geheilt zu haben glaubt. Es handelte sich um ausgesprochene Jackson'sche Rindenepilepsie, welche bei einem Mädchen seit deren viertem Lebensjahr bestand, erst geringfügig war; später häuften sich die Anfälle und führten zur Verblödung mit unbewusster Stuhl- und Urinentleerung. Die Anfälle begannen immer in der linken Hand. Obwohl die Erfolge bei solchen Jackson'schen Epilepsien, wo kein Trauma vorausgegangen war, sehr schlechte sind, schlug Vortr. den Eltern die operative Behandlung vor, wozu sich auch die Eltern des 16 Jahre alt gewordenen Mädchens entschlossen. K. machte eine Aufmeisslung am Schädel; nachdem er die Gegend der Centralfurche bestimmt hatte. Nach Wegnahme der Dura erwies sich die Pia dort sulzig und sehr ödematös. Nun reizte er mit einem schwachen faradischen Strom die vordere Centralwindung zur Feststellung des Armzentrums und machte an der gefundenen Stelle eine Punktion, wobei er eine subcorticale Cyste von etwa 90 cbm Inhalt entleerte. Dieselbe wurde dann längs incidiert. Die Heilung verlief tadellos. Am zweiten Tage nach der Operation und während der Heilung traten noch mehrmals epileptische Anfälle auf. Aber das Mädchen wurde geistig besser, fing wieder an, das Einmaleins zu lernen. Sechs Wochen nach der Operation

kamen die Anfälle in grosser Häufigkeit wieder. Das Kind verblödete wieder. Dann trat später noch ein Anfall auf und von der Zeit an (Januar 1893) nicht ein einziger mehr. Das Kind hat sich zur Jungfrau entwickelt, führt den Haushalt und macht den Eindruck eines vernünftigen Bürgermädchens. Sie ist gut veranlagt, ausserordentlich reinlich und sehr bedachtsam. Vortr. glaubt daher, die Kranke als geheilt bezeichnen zu müssen.

Jastrowitz fragt, ob in dem vorgestellten Fall durch Druck auf die Narbe jetzt wieder ein Anfall ausgelöst werden konnte.

Krause verneint dies.

Remak fragt, ob die auf Durchschneidung des oberen Astes des Facialis beruhende Entstellung des Mannes jedesmal bei einer Schnittführung eintrete.

Krause erwidert, dass dieselbe von einer früheren Lücke'schen Operation herrühre, die Schede gemacht habe. Man könne das nicht immer vermeiden. Die Lücke'sche Operation sei entschieden technisch schwieriger wie die Ganglionexstirpation. Es trete auch bei der Lücke'schen sehr leicht eine Kieferklemme durch Narbenkontraktion ein. Diese hatte der Kranke auch; das besserte sich aber nach der Ganglionoperation. Sie lähmt die Kaumuskeln dauernd. Der Mund werde infolgedessen durch den Pterygoideus externus etwas nach der Seite geschoben.

131) **J. Kron**: Ein Fall von Arseniklähmung. (Autoreferat.)

Frl. E. H. 21 j. Kassiererin. Vater der Pat. leidet an Kopfschmerzen, sonst keine hereditäre Belastung. Pat. leidet seit dem 5. Jahre an Migräne, erhielt gegen diese vom Arzt Arseniktabloid (B. W. & Co.) à 0,001.

Am 7. XI. 1899 nahm Pat. wegen unerträglicher Kopfschmerzen im Laufe von ca. 20 Stunden ca. 50 Pillen. Am selben Tage Parästhesien in den Beinen und im Rücken, in der Nacht Schmerzen daselbst und im Leibe. Am nächsten Tage Lähmung der Arme; Bauch- und Rückenmuskeln, Hirnnerven frei, keine Schluck-, Sprach- und Atembeschwerden. Psyche frei. Temperatur afebril. Kein Erbrechen, keine Diarrhoeen. Keine Gegenmittel, weil Aetiologie unbekannt blieb.

Nerven und Muskeln der unteren Extremitäten monatelang druckempfindlich. Keine Reaktion auf den elektrischen Strom. Urin und Stuhl mussten monatelang künstlich entleert werden. Menses blieben $^1/_2$ Jahr nach der Vergiftung aus. Ziemlich beträchtlicher Haarausfall seitdem.

2. VIII. 01. Aufnahme in die Prof. Mendel'sche Klinik. Hirnnerven frei. Obere Extremitäten und Rumpf normal. Haut o. S. Schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten; der rechte Oberschenkel kann minimal nach aussen rotiert und abduciert werden. Der rechte Unterschenkel kann sehr wenig gebeugt werden. Zehen des linken Fusses können eine Spur gebeugt werden. Andere aktive Bewegungen sind unmöglich. Füsse in Equinovagusstellung. Zehen flectiert. Ober- und Unterschenkelmuskulatur atrophisch, Haut daselbst behaart. Sensibilität intakt. Elektrisch: Nn. tibiales und N. cruralis dext., ebenso die von ihnen versorgte Muskulatur mit sehr starken Strömen erregbar, andere Nerven und ihre Muskulatur reagieren nicht. Gehen und Stehen unmöglich.

Nerven nicht druckempfindlich. Sämtliche Reflexe fehlen. Urin enthält kein As. Blut normal. Puls 96—130. Hin und wieder Anfälle von

Präkordialangst. In den letzten Wochen im rechten Oberschenkel fibrilläres Zittern. Bei der Demonstration: 2. XI.: Besserung der Beweglichkeit und des elektrischen Verhaltens im Bereiche der Nn. ischiadici, crurales und tibiales. Nn. peronei und ihre Muskulatur sind ohne Reaktion. Keine E. A. R., nur hochgradige Herabsetzung der Erregbarkeit in obigen Partieen. Vortr. nimmt an, ausser Neuritis der peripherischen Nerven Läsion des kardialen Vagus, der motorischen Blasennerven und des Splanchnicus. Dieser Fall spricht für den peripheren Sitz der Aslähmungen. Vortr. bespricht an der Hand der Litteratur Prognose, Therapie und medikamentösen Gebrauch als ätiologisches Moment der Aslähmungen und empfiehlt, den Pat. die Gefährlichkeit des Mittels einzuschärfen und bei Verordnung der Originaltabloid diese mit Gebrauchsanweisung versehen zu lassen.

Diskussion vertagt.

132) **T. Cohn**: Krankendemonstration.

Vorstellung einer 15jährigen Patientin aus der Poliklinik von Herrn Prof. Mendel. Mutter leidet an Ohnmachtsanfällen. Sie selbst bisher gesund bis auf Ohnmachtsanfälle, bei denen sie das Bewusstsein teilweise verliert, ohne Zuckungen, ohne Amnesie. Näheres darüber war nicht zu eruieren, auch anamnestisch nichts über Epilepsie in Erfahrung zu bringen. Seit drei Jahren entwickelte sich allmählich ein Leiden, welches mit ziehenden Schmerzen im Unterschenkel begann. Sie hat jetzt noch gelegentlich Schmerzen in denselben. Ausserdem klagt sie seit der Zeit über eine Gangstörung. Das Gehen fällt ihr ausserordentlich schwer. Es besteht ein Beckenschaukeln. Die Füsse werden so aufgesetzt, dass die Fussspitze und der äussere Fussrand zuerst den Boden berühren. Sie stehen beide in Equinovagusstellung. Die Planta pedis besonders links ist stark ausgehöhlt. Die Grosszehe ist in einer für die Kontraktur des Extensor halluc. long. charakteristischen Stellung. Bewegungen, die von der Peronealmuskelgruppe ausgeführt werden, sind fast ganz unmöglich. Nur eine ganz geringe Streckung der übrigen Zehen ist vorhanden. Gleichzeitig erfolgt eine Hebung des inneren Fussrandes, entsprechend der Wirkung des Tibialis anticus. Knie- und Hüftbewegung geschehen mit guter Kraft. Sensibilität an den unteren Extremitäten völlig intakt. Kniereflexe ziemlich lebhaft. Kein Fussklonus. Beim Bestreichen der Fusssohlen erfolgt keine Zehenbewegung. Atrophieen an den unteren Extremitäten sind nicht vorhanden, dahingegen erscheinen beide Waden sehr stark entwickelt, viel stärker, als es durch die Adipositãt der Pat. erklärt werden könne. Die oberen Extremitäten zeigen keine Abnormitäten. Im Gesicht etwas Gedunsenheit. Mimik gering. Elektrische Untersuchung: Die Muskeln der unteren Extremität für beide Ströme erregbar, indirekt wie direkt, Erregbarkeit aber deutlich für beide Ströme, namentlich für den faradischen, herabgesetzt. Die extensores hall. long. zeigen bei direkter Reizung deutlich träge Zuckung. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Die spinalneurotische Form der Muskelatrophie und die Dystrophia musculorum progressiva. Für die erstere spräche die Entartungsreaktion. Dass sensible Störungen dabei fehlen, sei nichts Ueberraschendes, ebenso wie das Fehlen der Heredität. Dagegen sei auffallend die Hypertrophie der Waden, welche übrigens in einigen Fällen von neurotischer Muskelatrophie erwähnt sei; nirgends aber finde sich dabei Beckenschaukeln. Mit der Dystrophie würde das Becken-

schaukeln und die Wadenhypertrophie übereinstimmen. Aber gegen das typische Bild spreche der Beginn an der Peronealgruppe und das Auftreten der Entartungsreaktion. Die letztere sei indessen mehrfach dabei gefunden worden (Cassirer), auch der Beginn der Affektion an der Peronealgruppe sei kein Unikum. Er möchte es dahingestellt sein lassen, in welche von beiden Krankheitsgruppen dieser Fall zu rubricieren wäre, und halte es für berechtigt, ihn zu den Uebergangsfällen zu rechnen (ähnlich wie der Fall von Oppenheim und Cassirer).

Die zweite vorgestellte Patientin, 34 Jahr alt, hat früher wahrscheinlich Lues gehabt, hat eine Mitralinsufficienz und Stenose und bekam mehrere wahrscheinlich apoplektische Anfälle, einen vor vier Jahren, einen vor einem Jahr. Allmählich hat sich das vorliegende Krankheitsbild entwickelt. Sie hat eine rechtsseitige Hemiplegie mit athetotischen Bewegungen in der Hand und in den Zehen und Mitbewegungen in der Hand. Sie hat aber auch links Spasmen, besonders an der unteren Extremität und Paresen. Patellarreflexe sehr lebhaft, Patellar- und Fussklonus, Babinsky. Auffallend ist der bulbäre Symptomenkomplex. Salivation, Schluckstörung und Sprachstörung. Ausser dieser bulbären Sprachstörung hat sie eine komplizierte Form der Aphasie. Sie hat Störungen der Spontansprache, aber auch des Nachsprechens. Statt 59 sagt sie z. B. 29 nach. Manche Worte kann sie gar nicht nachsprechen. Sie macht andere Bewegungen als die aufgegebenen und es ist wahrscheinlich, dass sie auch sensorisch aphasische Störungen hat. Es besteht also ein Gemisch von Sprachstörungen, eine aphatische und eine erhebliche dysarthrische bulbäre Sprache. Wahrscheinlich handle es sich um eine grössere Reihe von Herden.

Diskussion vertagt.

133) Diskussion über den Vortrag des Herrn **Juliusburger**: Ueber Zwangsvorstellungspsychosen.

Mendel: Die sehr interessanten Fälle, welche Herr Juliusburger vorgetragen hat, haben eine Reihe von Fragen aufgeworfen, deren Diskussion in dieser Gesellschaft von Nutzen sein könnte. Vielleicht dürfte diese Gesellschaft am meisten berufen sein, zu den Zwangsvorstellungspsychosen Stellung zu nehmen, da hier von Westphal seiner Zeit die erste Anregung zu diesem Thema ausging. Sein Standpunkt sei folgender. Er stimme im Gegensatz zu Westphal Herrn Juliusburger vollständig bei, dass es Fälle giebt, in denen Zwangsvorstellungen zur Geistesstörung führen, was Westphal bestritten habe. Er glaube auch, dass es Fälle gebe, in denen Uebergänge von Zwangsvorstellungen bestehen zu den autochthonen Vorstellungen oder den überwertigen Vorstellungen, wie sie Wernicke genannt habe, kurz Uebergänge von Zwangsvorstellungen zu Wahnvorstellungen. Nicht stimme er Herrn Juliusburger bei, wenn er meint, dass es Zwangsvorstellungen gäbe, bei denen eine Krankheitseinsicht nicht besteht, und dass es solche gäbe, die mit Gehörshallucinationen oder Phonemen verbunden wären. Er stehe noch auf der alten Definition von Westphal. Zuerst war es Griesinger, auch in dieser Gesellschaft, der die Zustände beschrieb, welche 1867 Krafft-Ebing erstmals als Zwangsvorstellungen und dann Westphal als solche weiter bezeichnete. Alle drei haben unter Zwangsvorstellungen eine besondere Form psychischer Erkrankung verstanden, bei denen eben die Zwangsvorstellungen das wesentliche Symptom waren. Es habe sich in der neueren

Zeit das Bestreben geltend gemacht, dem Herr Juliusburger Ausdruck gegeben habe, dass das, was als Krankheitsform bezeichnet wird, lediglich als Symptom hingestellt wird. Namen, die seit Hippocrates eine bestimmte Definition gehabt haben, bekämen in der Neuzeit eine andere Bezeichnung, wie z. B. Melancholie. Nach dem subjektiven Bedürfnis der Autoren seien neue Namen geschaffen worden und es käme dahin, dass, wo zwei Psychiater sich unterhielten, sie sich gegenseitig nicht verstehen. Wenn einer von Zwangsvorstellungen spricht, müsse er sagen, was er darunter verstanden haben will, ob in dem Sinne von Westphal, Wernicke, Kraepelin, Juliusburger. M. führt folgendes Beispiel an. Wir nennen Ischias eine bestimmte Form von Neuritis, bei der wir anatomisch nichts finden. Niemand nennt die Ischiasschmerzen bei Tabes Ischias. Griesinger und Westphal haben unter Zwangsvorstellungen eine bestimmte Form verstanden, die neueren verstehen darunter ein Symptom, das unter verschiedenen Bedingungen vorkommt. Sie sagen zwangsvorstellungsartige Symptome, aber nicht Zwangsvorstellungen in dem Sinne, wie sie beschrieben sind. Wir sprechen von der Hypochondrie als einer begrenzten Krankheitsform, sagen aber: eine hypochondrische Form der Paranoia. Dass wir durch diese Ausbreitung des Namens Zwangsvorstellungen im Gegensatz zu dem, welcher den Namen geschaffen hat, klüger geworden sind, könne man nicht behaupten, aber man müsse zugeben, dass durch die neue und andersartige Definition die Sachen verwirrter werden. Auch hier müsse man im wesentlichen auf die Genese Rücksicht nehmen. Der Boden, auf dem die Vorstellungen entstehen, sei das Wesentliche. Wenn man von Zwangsvorstellungen bei Phobieen spreche, handle man auch nicht recht, denn hier sei das Wesentliche die Hypochondrie, auf deren Boden die Zwangsvorstellungen entstehen. Aeussere eine Mutter, sobald sie ein Messer sieht, habe sie die Vorstellung, dass sie damit ihr Kind ermorden müsse, so habe man es hier mit der hypochondrischen Vorstellung, der Angst, zu thun, geisteskrank zu werden und in diesem Zustand das Messer zu ergreifen. Aehnliches lasse sich auf hysterische und epileptische Zustände anwenden. M. spricht in allen diesen Fällen nicht von Zwangsvorstellungen. Denn unter diesen seien nun einmal eine bestimmte Krankheitsform, nicht ein Symptom beschrieben worden. Er fasse unter diesem Namen nur diejenige Form psychischer Erkrankung auf, bei der eine vollständige Krankheitseinsicht, Intaktheit der Intelligenz, keine Gehörshallucinationen bestehen und wo die wesentliche Störung darin beruht, dass bei Erhaltensein dieser Eigenschaften eine Störung in der Association stattfindet. Er unterscheide drei Arten als praktisch wichtig; jene Fälle, in denen bei verständigen Leuten sich plötzlich in das Denken und immer wieder eine bestimmte Vorstellung einmischt. Er erinnere sich an einen Patienten, dem immer das Wort Mückenfett einfiel, einen anderen, einen Rechtsanwalt, der bei jedem Klienten sofort daran denken musste, wie die nakten Füsse aussahen, und welcher infolgedessen, weil diese Vorstellung immer wiederkehrte, zeitweilig das Plaidoyer aufgeben musste. Das sei ein Einschieben einer Zwangsvorstellung in eine Association, während der Mensch im übrigen gesund ist. Dann unterscheide er solche, bei denen zwangsweise das Denken vorzugsweise im Kontrast stattfindet, die stets das Gegenteil von dem denken, was geschehen soll, die, wenn sie ja geschrieben haben, fürchten, nein geschrieben zu haben. Hierin gehört ein Teil der Fälle von Zweifelsucht. Drittens handle es sich um

die Fälle, auf die Griesinger zuerst aufmerksam gemacht und aus denen er diese besondere Form herausgeschält hat, bei denen die Kranken fortwährend im Associationsgesetz von Folge und Wirkung denken müssen, wo der Kranke fragt: Warum sind die Bäume grün und nicht blau, und wobei die Kranken im übrigen ganz normal sein können. Es werde sehr schwer sein, eine allgemeine Verständigung zu erreichen. Er glaube aber, dass die Methode, aus den, von anerkannten Psychiatern früher festgestellten Krankheitsgruppen Symptome herauszunehmen, zu verallgemeinern und bei allen möglichen Krankheiten zu suchen, die Sache nicht fördert, sondern verwirrt.

Jolly steht durchaus auf dem Standpunkt des Vorredners, dass wir gut thun, den Begriff der Zwangsvorstellungen zu beschränken, um nicht zu unklaren Begriffen zu kommen, und hält es mit ihm für ein notwendiges Kriterium, dass der Kranke sich des Krankhaften bewusst bleibe, vermisst aber unter dem, was Herr Mendel als Zwangsvorstellungen angeführt hat, eine Rubrik; das sind diejenigen mit Impulsen, die Zwangsvorstellung, du musst irgend etwas thun. Sie müssten auf der Strasse irgend jemand anrempeln oder einen Schrei in der Kirche ausstossen, oder bei Gesunden, wenn sie auf der Brücke stehen, sie müssten herunterspringen. Die Unsinnigkeit wird eingesehen. Der Kranke weiss, dass das etwas gegen seinen Willen in ihm auftauchendes, etwas fremdes ist. Noch etwas anderes sei für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen in krankhaften Zuständen von Bedeutung. Das ist die emotionelle Grundlage. In diesem Punkt seien die meisten Differenzpunkte. Westphal habe dieses Moment ausgeschaltet, aber Krafft-Ebing habe grade dieses als Grundlage der Zwangsvorstellungen betont. J. hält es deshalb für richtig, das Symptom Zwangsvorstellungen wirklich als Symptom, aber die Zwangsvorstellungen auf Grund von Emotionen davon auseinanderzuhalten als verschiedene Zustände. Bei einer ganz analogen Erscheinung, auch mit vollem Bewusstsein, dürfe man doch dies Symptom als Zwangsvorstellung bezeichnen.

Mendel stimmt mit Herrn Jolly darin überein, dass es eine Reihe von Zwangsvorstellungen mit Impulsen giebt. Dagegen konnte er in allen Fällen von Brückenangst regelmässig feststellen, dass das Bindeglied die hypochondrische Vorstellung von der Geisteskrankheit ist. Jemand geht über keine Brücke, aus Furcht, plötzlich geisteskrank zu werden und in diesem Zustand über die Brücke zu springen. M. steht nach wie vor auf dem Westphal'schen Standpunkt, dass wir die Fälle mit der emotionellen Grundlage ausscheiden sollen. Dagegen würde nichts einzuwenden sein, wenn wir die Zwangsvorstellungen als Symptom rechnen und denjenigen, welche Westphal meint, einen besonderen Namen geben. Westphal habe diese Krankheit als eine abortive Verrücktheit bezeichnet, Morselli als abortive Paranoia; M. selbst habe sie als abortive Form der Verrücktheit geführt. Da der Name abortive Verrücktheit vielfach Widerspruch gefunden habe, so könne man sich ja über ein anderes Adjektivum einigen.

Jolly glaubt sich persönlich völlig frei von hypochondrischer Vorstellung einer Geistesstörung und hat doch die Empfindung beim Ueberschreiten einer Brücke, er sollte über dieselbe springen.

Mendel ist der Ansicht, dass Zwangsvorstellungen auch bei Gesunden in allerverschiedenster Weise vorkommen. Er gehöre selbst zu denen, die alle Droschkennummern zusammenzählen, durch 3, durch 7 dividieren, und rechne sich nicht zu den Degenerierten.

Leppmann: Je mehr man sich mit den Zwangsvorstellungen beschäftige, desto mehr sehe man, dass sie in einen Gegensatz zur Wahnidee treten, wegen der emotionellen Grundlage, weil sie aus dem Boden gewisser Unlustgefühle hervorgehen. Interessant sei die Frage, auf welchem Boden die einfachen Zwangsvorstellungen beim gesunden Menschen entstehen, welche mit dem Gefühl von Unbehaglichkeit verknüpft sind, die er nicht scheuchen kann und die sich mit dem Gefühl des Selbstverschuldens mischen. — Man habe einen Brief nicht richtig adressiert, ein Streichholz weggeworfen etc. Zwangsvorstellungen entstünden auf dem Boden der geistigen und körperlichen Uebermüdung. Er beobachtete sie immer, wenn man sich gesellschaftlich zu viel zugemutet hatte; L. ist der Meinung, dass sie sich mit illusionistischen Momenten mischen, z. B. knüpfte sich, wenn er nachts ging, infolge des Gefühls der Welkheit seiner Haut daran die Zwangsvorstellung, dass er im Gesicht nicht ganz sauber sei. Die Zwangsvorstellungskrankheit, wie sie uns in der Praxis entgegentrete, sei eine Abart der Neurasthenie. Bei gewissen seelisch belasteten Personen rufen Anstrengungen eine Ermüdung des Gehirns hervor und das Gefühl der seelischen Unlust, und als unbewusste Folge treten Zwangsvorstellungen auf. Er habe geprüft, ob in seinen Fällen nicht ein rein neurasthenisches Vorstadium vorgekommen ist und ob dort nicht die Zwangsvorstellungen, erst wenn Reize auf das Gehirn gewirkt haben, eintreten. L. glaubt in einigen Fällen seine Anschauung bestätigt gefunden zu haben. L. hält es für wesentlich, daran festzuhalten, dass absolute Krankheitseinsicht bestehe, selbst da, wo der Kranke zur Zwangshandlung getrieben wird, wo er weiss, dass er eine Thorheit thut; er kann aber nicht anders. Man müsse diejenigen davon abgrenzen, welche in psychische Erkrankung übergehen, wo sich die paranoische Gedankenrichtung mit mangelnder Kritik der Stellung zur Welt einstellt. Wenn ein Kranker, der Grübelvorstellungen gehabt hat, sagt, heute haben mir die Leute das auf der Strasse angesehen, so nehme er das prognostisch nicht leicht. L. glaubt also, dass alle Zwangsvorstellungen eine emotive Grundlage haben, dass sie auf der Basis von Gehirnermüdung durch das Gefühl der Unlust entstehen und auf einem unbewussten Erklärungsversuch dieses Unlustgefühls beruhen. Wertvoll sei es, eine Zwangsvorstellungskrankheit als solche noch besonders zu unterscheiden.

Juliusburger: Schlusswort. J. besteht Herrn Prof. Mendel gegenüber darauf, dass die Krankheitseinsicht nicht als Kriterium der Zwangsvorstellung gelten könne. Diese Behauptung sei auch vor ihm von anderer Seite aufgestellt worden. J. glaubt, dass seine Fälle in dieser Hinsicht beweisend sind, ebenso dafür, dass bei Zwangsvorstellungen Gehörstäuschungen und Beziehungswahn vorkommen. Endlich sei Wernicke's Auffassung der autochthonen Entstehung der Zwangsvorstellung allein geeignet, die herrschende Verwirrung zu lösen, und weit entfernt, Verwirrung zu stiften.

Sitzung vom 9. Dezember 1901.

134) **H. Kron**: Ueber hysterische Blindheit. (Autoreferat.)

Teilt zunächst zwei eigene Beobachtungen mit. Die eine betrifft eine jetzt 45jährige Patientin, die seit 1879 an Anfällen doppelseitiger Erblindung leidet. Die Dauer derselben beträgt acht Tage bis zu fünf Jahren. Ausser anderen hysterischen Symptomen besteht Ptosis und Kontraktur der Interni in

Form von spastischem Schielen. Die Wiederkehr des Sehvermögens ist stets plötzlich; irgend eine Gemütsbewegung ruft dann wieder die Blindheit hervor. Bei der anderen Patientin, einer Telephonistin, hat dies vor acht Jahren eine atmosphärische Entladung verursacht, die einem Gewitter über Magdeburg entstammte. Die hier entstandene linksseitige Amaurose war und ist noch jetzt mit sensorisch-sensibler Anästhesie derselben Seite verknüpft. Diese beiden Fälle stellen zugleich die Haupttypen der hysterischen Blindheit dar, die beide Augen befallen oder sich auf eines beschränken kann. Unter 49 Fällen, die Vortr. zu der Litteratur zusammengestellt, befinden sich 26 doppelseitige und 23 einseitige Fälle. Die ersteren scheinen zum mindesten nicht die selteneren zu sein, wie vielfach behauptet wird. Dreizehnmal war die einseitige Blindheit rechts, neunmal links (einmal ist die Seite nicht angegeben). Bei der einseitigen finden sich 7 Pat. männlichen und 16 weiblichen Geschlechts, bei der doppelseitigen ist das Verhältnis 4 zu 22. Die Erscheinung tritt nicht immer gleichmässig auf. Es giebt einmalige und wiederholte (intermittierende und recidivierende) Anfälle. Bezüglich der Dauer derselben bedarf die herrschende Anschauung einer Korrektur. Die Blindheit ist, soweit das Material einen Schluss gestattet, nicht fast ausschliesslich transitorisch. Auf einige Stunden oder Tage beschränkt sich nur ein Drittel der Fälle. Ein anderes Drittel hält 2—6 Wochen, ein weiteres sogar 4 Monate bis zu 10 Jahren an. Das Alter beteiligt sich in der bei der Hysterie gewöhnlichen Weise an dem Vorgang. Der jüngste Fall ist 10 Jahre, der älteste 54 Jahre. Am meisten erscheint das zweite und dritte Dezennium betroffen. Nach dem 40. Jahre ist die hysterische Amaurose eine äusserste Seltenheit (2 Fälle). Von Wichtigkeit, besonders in forensischer Hinsicht, ist die Art, wie die Blindheit einsetzt und wie sie verläuft. Hier herrscht die Ansicht vor, dass sie meist plötzlich auftritt und zwar in der Regel im Anschluss an eine hysterische Attacke. Dann werden Gemütsbewegungen, Trauma etc. beschuldigt. Auch eine aus einer konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung langsam sich entwickelnde Form kommt vor. Für die Anlehnung an hysterische Krampfanfälle fanden sich nur 5—6 Beispiele. Eine nicht viel grössere Zahl kommt den Gemütsbewegungen zu (6—8). Trauma gab achtmal Veranlassung. Die Verletzungen brauchen nur ganz geringfügiger Natur zu sein. In fünf Fällen hat jede nachweisbare Ursache, in einem von diesen auch jedes Prodrom gefehlt. Auch ganz unbedeutende Einwirkungen haben die Blindheit hervorgerufen. In einem Falle ist sie schon nach Aufrichten in gebückter Stellung entstanden. — Anderweitige hysterische Symptome waren nicht immer vorhanden. Viermal wird auf das Fehlen derselben direkt hingewiesen. Man hat also mit der hysterischen Blindheit als monosymptomatischen Erscheinung zu rechnen. Von Interesse ist weiter die Beteiligung der Augenmuskeln. Lähmung der Binnenmuskeln fand sich in keinem Falle. Achtmal ist Starre, teils in Form von Mydriasis, teils als Miosis angegeben. Fünfzehnmal wird die Pupille normal genannt. Unter den äusseren Augenmuskeln wird zweimal beiderseitige Lähmung des Levator palp. sup. (Ptosis) angetroffen. Einmal ist er im Krampfzustand. Die übrigen Muskeln sind in sechs Fällen affiziert. Einmal wird eine Beteiligung des Augenhintergrundes (Papillitis) beschrieben, wohl eine Komplikation. Der Ausgang der Blindheit ist in der Regel ein günstiger. Die Wiederkehr des Sehvermögens erfolgt meist plötzlich. Bei langsamem Verschwinden des Zustandes ist einigemale für einige Tage Hemi-

anopsie beobachtet worden. Es handelt sich hier um eine eigenartig angeordnete konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Die Therapie bewegt sich auf dem üblichen Boden, besonders der Suggestion. In forensischer Hinsicht ist zu beachten, dass die Untersuchung mit Prisma, Stereoskop etc. keine Resultate geben kann. Der hysterisch Blinde verhält sich an diesen Apparaten genau wie der Simulant. Auch der Umstand, dass der Zustand sich sehr in die Länge zieht, dass die Amaurose das einzige Symptom, dass sie ohne Prodrome, ohne nachweisbare Ursache aufgetreten ist, darf nicht zur Annahme einer Simulation verleiten. Bei einseitiger Blindheit dürfte ein Symptom einen Anhalt geben, nämlich das Abirren des blinden Auges beim Verdecken des gesunden, während es beim binokulären Sehakt fixiert.

135) **Salomonsohn:** Zur Lokalisation der einseitigen Ophthalmoplegia exterior mit Krankenvorstellung.

32j. Patient, welcher mit 15 Jahren schwere Gonorrhoe bekommen hat, Lues entschieden leugnet, mässigem Alkoholgenuss huldigte, verheiratet ist und ein achtmonatliches Kind hatte, welches sechs Wochen alt starb. Seine Frau hatte dann eine Extrauterinschwangerschaft und blieb seitdem steril. Durch eine gonorrhoische Infektion der Frau, resp. Endometritis konnte sich die Frühgeburt erklären lassen. Ausserdem litt der Patient häufig an follikulärer Angina. Im Anschluss an einen heftigen Zugwind, dem er sich während einer Eisenbahnfahrt aussetzte, erkrankte er an dem jetzigen Leiden. Er bekam eine rechtsseitige Abduzenslähmung (Doppelbilder nur beim Blick nach rechts), Jodkali und Unguentum cinereum blieben abgesehen von Speichelfluss von negativem Erfolg. Dazu gesellten sich rechtsseitige Gesichtsschmerzen und Kribbeln. Das rechte Auge stand fast unbeweglich bis auf eine minimale Bewegung des Levator palpebr. und eine Bewegung nach unten innen. (Innenrotation im Sinne des Trochlearis.) Die rechte Pupille war 2 mm eng und eckig. Ausserdem war auf dem rechten Auge reflektorische Pupillenstarre vorhanden, doch war eine schwache Kontraktion auf Akkomodation zu erkennen. Der Sphinkter, der Ciliarmuskel, wie auch der Dilatator pup. funktionierten; das Gesichtsfeld war normal; der Augenhintergrund desgleichen. Geruch, Geschmack, Gehör vollkommen normal. Dagegen bestand Anästhesie im ersten und zweiten Ast des Trigeminus. Die Kornea war anästhetisch und machte einen etwas trockenen Eindruck. Die Patellarreflexe waren beiderseits nicht zu erzielen. Acht Tage später stellte sich komplette Ptosis rechts ein. Kopfschmerzen, welche bestanden hatten, hörten nunmehr auf, dagegen hielt der Speichelfluss an und lief rechts aus dem Mund heraus. Auch hatte der Pat. beim Kauen kein Gefühl in der rechten Mundhälfte. Eine Lähmung des dritten Trigeminusastes war hinzugekommen, die Kinnpartie rechts vollkommen empfindungslos geworden. Ferner war der Eingang der Nase, die Schleimhaut des Mundes und der Zunge unempfindlich. Dagegen war auffälligerweise der Geschmack der rechten Zungenhälfte vollkommen erhalten. Später änderte sich die bis dahin normale Refraktion des rechten Auges und die Sehschärfe desselben sank auf $^1/_8$; das früher trockene Auge secernierte jetzt stark. Nunmehr zeigte sich eine Lähmung des Dilatator pupillae, indem sich die Pupille auf Atropin nicht mehr ordentlich erweiterte. Die Kornea erschien leicht getrübt. Der Patient wurde bei Erzählung seines Leidens weich, fing an, zu weinen. Dabei liefen bemerkens-

werter Weise die Thränen nur aus dem linken Auge heraus, während rechts kein wirklicher Thränenstrom zustande kam. Der Mund wurde nicht mehr ganz geöffnet. (Kieferklemme.) Die Musculi pterygoidei blieben aber von der Lähmung verschont. Es trat eine Keratitis neuroparalytica immer deutlicher in die Erscheinung, indem das Epithel der Hornhaut abschilferte. Der Korneal-defekt verkleinerte sich erst, um sich später wieder zu vergrössern. Der Patient schwitzte auch nur einseitig (links). Die Beweglichkeit des Auges stellte sich in einem geringen Grade wieder her. Die elektrische Untersuchung (Dr. Wiczwiansky) ergab galvanisch träge Zuckung in der Kaumuskulatur (Entartungsreaktion). Die Ehefrau des Patienten erzählte, sie habe seit Jahren bemerkt, dass die rechte Pupille des Mannes sehr eng war. Es hatten wahrscheinlich Miosis und Pupillenstarre rechts bei Fehlen von Patellarreflexen bestanden, also handelte es sich wohl um beginnende Tabes. In längerer Ausführung erörtert sodann der Vortr. die Lokalisation der Ophtalmoplegia exterior unilateralis, kritisiert die diesbezüglichen Lehrsätze Mauthner's über eine nucleare Affektion und stellte für diesen Fall die Diagnose auf periphere Neuritis bei Tabes, wobei er der Erkältung nur ein auslösendes Moment zumisst und sich bewusst ist, dass bei Sektionen bereits verschiedentlich ein negativer Befund erhoben wurde. Der Vortrag soll später in extenso publiziert werden.

136) **Cassirer**: Krankendemonstration.

Der vorgestellte junge Mann weist einen Naevus angiomatosus vascularis mit vielen narbigen Partieen an der rechten Gesichtsseite auf. Im April d. Js. wurde in der von Bergmann'schen Klinik ein Teil desselben thermisch entfernt und später Transplantationen vorgenommen. Der Naevus geht auf die Schleimhaut der Lippe und des Gaumens über. Seit acht Jahren bekommt Pat. Krampfanfälle mit folgendem Typus: Beginn in der Muskulatur des linken Auges, Ausdehnung auf die des Gesichts, Zuckungen des Kopfes nach links, Zuckungen resp. Tonus in der Muskulatur des linken Armes. Bewusstsein blieb regelmässig erhalten. In einigen Anfällen weitere Ausdehnung der Kontraktion auf das Bein derselben Seite, dann auf das andere Bein; schliesslich kam es zu allgemeinen Konvulsionen mit Verlust des Bewusstseins, gelegentlichem Urinabgang und Zungenbiss. Die Anfälle hatten stets nur eine sehr kurze Dauer, niemals über zwei Minuten. Der Patient hatte bei den Anfällen ein eigentümliches Gefühl, als wenn er elektrisiert würde und konnte in den Anfällen oder unmittelbar danach den linken Arm nicht gut bewegen. Alle paar Wochen bekam er die Anfälle, in der letzten Zeit häufiger. Der Kranke stammt von einer nervösen Mutter. Naevi sind in der Familie sonst nicht vorgekommen; als kleines Kind litt er an Zahnkrämpfen. Die Intelligenz erschien nicht vollkommen normal. Er hatte zwar ein gutes Gedächtnis, aber eine geringe Initiative, war in der Schule ebenso wie als Handwerker ohne rechte Fortschritte geblieben. Objektiv bestand wenig, abgesehen vom Naevus. Es scheint eine geringe Schwäche des linken Mundwinkels, namentlich bei Affektbewegungen zu bestehen, eine Schwäche des linken Händedrucks und Erhöhung des Supinator- und Tricepsreflexes links. Sonst war das Nervensystem normal. Strabismus alternans concomitans war vorhanden.

Es handelt sich also um eine Komplikation eines Naevus an der rechten Seite (der Stirn, des Gesichts und der Schleimhaut des Mundes) mit Anfällen

von typisch kortikalem epileptischen Charakter. Die Anfälle beginnen stets in demselben Muskelgebiet, pflanzen sich gesetzmässig auf andere Gebiete fort. Gelegentlich kommt es zu allgemeinen Konvulsionen. Die Diagnose einer kortikalen Epilepsie steht hier kaum in Frage. Als Ursache dafür werde man eine Neubildung oder einen Reiz annehmen müssen, der sich in den kortikalen Centren für die befallene Muskulatur lokalisiert. Nun führe in diesem Falle der Naevus auf die Art des vorliegenden Reizes. Es handele sich sehr wahrscheinlich um eine in gleicher Weise ausgebildete Veränderung in den Meningen, resp. in den kortikalen Rindenschichten, namentlich im unteren Teil der vorderen Centralwindung. Solche Fälle sind beschrieben und durch Sektion nachgewiesen. Kalischer hat einen ähnlichen Fall in derselben Gesellschaft vorgestellt. Es war ein Kind mit Teleangiektasie, welches nach 1 Jahr starb und bei der Autopsie eine Teleangiektasie in der Gegend der vorderen Centralwindung aufwies. In einigen weiteren Fällen sass der Naevus ebenfalls auf der einen, die kortikalen epileptischen Anfälle auf der anderen Seite, schliesslich trat Hemiplegie ein.

137) **Henneberg** und **Koch:** Ueber Neurofibromatose und Fibromatose des zentralen Nervensystems. (Zwei Fälle von doppelseitigem Neurofibrom des Acusticus).

Vortragender berichtet über zwei sehr ungewöhnliche Fälle multipler Fibrombildung. Fall I betrifft einen im November 1898 auf die Nervenabteilung der Charité aufgenommenen, damals 17jährigen Bäckerlehrling. Keine hereditäre Belastung. Beginn des Leidens Ostern 1898 mit Schwäche der Beine, Sprach- und Schluckstörung. Befund bei der Aufnahme: Reaktion der Pupillen erhalten, Augenbewegungen frei, Nystagmus, Fundus normal, Parese des linken Facialis, hochgradige Dysarthrie, Bewegungsataxie in den Extremitäten, besonders links, cerebellare Ataxie, normales Verhalten der Sensibilität und der Reflexerregbarkeit.

Krankheitsverlauf: Seit August 1899 Neuritis optica und zunehmende Schwerhörigkeit, im Mai 1900 Taubheit beiderseits; Dezember 1900 Unfähigkeit zu stehen und zu gehen; Apathie, Demenz, Tod November 1901 an Pneumonie.

Sektionsbefund (Demonstration mit dem Projektionsapparat): Multiple Neurofibrome der Haut, zahlreiche kleine Neurofibrome der peripheren Nerven, pflaumengrosse Neurofibrome an der VII. l. Cervicalwurzel (extradural), auf das Spinalganglion übergreifend, und an der IV. l. Lumbalwurzel zahlreiche zum Teil symmetrische bis bohnengrosse Neurofibrome an den vorderen und hinteren Wurzeln des Rückenmarks, innerhalb des Duralsackes doppelseitige, fast hühnereigrosse Neurofibrome des Acusticus. Durch beide Geschwülste wird die Medulla oblongata und der distale Teil des Pons stark komprimiert, die Kleinhirnhemisphären stark nach hinten gedrängt, die Brückenarme und die Corp. restiform. stark deformiert. An der l. Vagus- und Glossopharyngeuswurzel finden sich zahlreiche kleine Knoten. Mikroskopisch: Typische Neurofibrome, im Rückenmark leichte Degeneration der Hinterstränge.

Fall II: 23jähriger Schuhmacherlehrling, aufgenommen im Mai 1899 auf die Krampfabteilung der Charité. Vater und Bruder an Phtisis pulm. gestorben. Pat. bis zum 15. Lebensjahr gesund, erkrankte dann an Anfällen von Kopfschmerz und Erbrechen, sowie Sehschwäche, in der Folge Besserung bis zum 21. Lebensjahr, seitdem Abnahme des Seh- und Hörvermögens.

Befund bei der Aufnahme: Völlige Blindheit und Taubheit, Pupillenstarre, neuritische Atrophie beider Nerv. optici; keine Störung der Augenbewegungen, Parese des linken Facialis, Atrophie der linken Zungenhälfte, keine Sprachstörung; Motilität, Sensibilität und Reflexerregbarkeit normal.

Krankheitsverlauf: Fortbestehen der genannten Symptome, Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen, schwere allgemeine Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust, hypochondrische Stimmung. Tod im Coma Juni 1900.

Sektionsbefund: Doppelseitiges, über haselnussgrosses Neurofibrom des Acusticus, taubeneigrosses Fibrom der Dura an der medialen Fläche des rechten Stirnhirns, in dieses hineinwachsend, doppelt so grosses Fibrom im vorderen Teil des rechten Seitenventrikels, drei bis erbsengrosse Fibrome in der Mitte der Medulla oblongata, multiple kleine Fibrome und Psammofibrome der harten und weichen Hirnhaut. Eine derartige Geschwulst am Foramen condyloideum ant. sin. umwächst und komprimiert den Stamm des Nervus Hypoglossus.

Vortragender bespricht die Ergebnisse der histologischen Untersuchung, demonstriert Neurofibrome eines Intercostal-Nerven vom Rind, die dieselben mikroskopischen Verhältnisse, wie sie im Fall I. vorliegen, zeigen.

Des weiteren bespricht er eingehend die typische Lokalisation und den charakteristischen klinischen Symptomenkomplex der Neurofibrome des „Kleinhirnbrückenwinkels“, die vom Acusticus und den übrigen daselbst liegenden Nervenwurzeln ausgehen. Ein doppelseitiges Vorkommen derselben (die beiden besprochenen Fälle) ist äusserst selten, einseitiges Vorkommen wurde unter 60 Fällen von Hirngeschwulst in der Nerven- und Psychiatrischen Klinik der Charité dreimal beobachtet. Die in Rede stehenden Geschwülste sind als Neurofibrome der in Frage kommenden Hirnwurzeln aufzufassen, auch wenn sie keine engeren Beziehungen zu denselben erkennen lassen. Es ist anzunehmen, dass sie von einem Primitivbündel eines Nerven ausgehen und sich bei weiterem Wachstum mit dem betroffenen Primitivbündel von dem Nerven ablösen. Man findet in den Tumoren bei geeigneter Untersuchungsmethode atrophische Nervenfasern. Die Geschwülste sind in vielen Fällen mit Sicherheit zu diagnostizieren und vielleicht operabel, da sie häufig nur sehr locker mit dem Hirn verbunden sind.

Sitzung vom 13. Januar 1902.

Die bisherigen Mitglieder des Vorstandes und der Aufnahme-Kommission werden wiedergewählt.

In der Diskussion zu dem Vortrag von Herrn Salomonsohn in der Dezember-Sitzung spricht Herr Kalischer. Derselbe glaubt, dass man mit den Zweifeln, welche der Vortragende selbst an der Diagnose äusserte, einverstanden sein könne. Gegen eine rheumatische Affektion der bulbären Nerven spreche verschiedenes, zunächst die Entwickelung der Erkrankung. Erst drei Monate später, nachdem die Erkältung stattgefunden hatte, traten die Symptome auf. Derartiges sei äusserst selten. Ferner seien die Nerven des Okulomotorius, Trigeminus, Hypoglossus äusserst selten von einer rheumatischen, peripherischen Affektion betroffen, noch seltener sei die Komplikation mit Facialis-Lähmung.

Die anderen Symptome, Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe genügten nicht zu der Annahme einer beginnenden Tabes.

K. hält eine basale syphilitische Meningitis für vorliegend, dafür spreche die schubweise Entwickelung der Symptome, ihre deffuse Ausbreitung auf verschiedene Schädelgruben, die nächtlichen Schmerzen im Trigeminus, das Zurückgehen einzelner Erscheinungen im Verlaufe der Erkrankung. Damit seien die Pupillenstarre und der Verlust der Kniereflexe gut vereinbar. Diese Erscheinungen fänden wir nicht selten als Zeichen einer Rückenmarkssyphilis. Auch die Erkrankung des Oculomotorius mit Verschonung einzelner Aeste komme dabei vor.

Salomonsohn hält Herrn Kalischer gegenüber an seiner Auffassung fest. An einen rheumatischen Prozess glaube er nicht, wohl aber an einen peripherischen.

138) **Martin Bloch:** Krankenvorstellung.

B. stellt einen Fall von infantiler Tabes in reiner Form aus der Mendel'schen Poliklinik vor. Es handelt sich um einen 17jährigen Knaben, in dessen Familie Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sind.

Die Eltern leugnen eine spezifische Infektion. Die Mutter hat zehnmal konzipiert, zuerst zwei Aborte im dritten und fünften Monat gehabt, dann eine Frühgeburt im siebenten Monat, dann kam der Patient als 8-Monatskind, dann ein ausgetragenes Mädchen, welches an Gehirnentzündung starb, dann ein Knabe, welcher an Zahnkrämpfen starb und ein Kind, welches an Lebensschwäche zu Grunde ging, schliesslich noch zwei Aborte. Diese Angaben machten eine syphilitische Vorgeschichte der Eltern, oder wenigstens der Mutter sehr wahrscheinlich. Der vorgestellte 17jährige Knabe war von Geburt an schwächlich, niemals krank und hat sich geistig normal entwickelt. Er ist Lehrling. Ende September vorigen Jahres bekam er einen Anfall von Angstgefühl mit Herzklopfen ohne besondere Ursache, gleichzeitig unwiderstehlichen Drang, Harn zu lassen. Er benässte sich bisweilen. Dazu kamen Klagen über kalte Füsse und allgemeine Schwäche. Lancinierende Schmerzen, Parästhesien, Sehstörungen, Gürtelgefühl negiert. Es besteht eine Schwäche der Blase, Ischurie, bisweilen Inkontinenz, auch am Tage. Der infantile Habitus fällt auf. Psychisch ist er normal. Keine Sprachstörungen. Pupillendifferenz, rechts und links, letztere verzogen und miotisch. Rechts absolut starr auf Licht und Konvergenz, links nur lichtstarr. Grobe Kraft und Sensibilität in den oberen Extremitäten intakt. Druck auf den Ulnaris beiderseits wenig empfindlich. Am Rumpfe werden feine Berührungen in der Gegend der Mammillen in Handbreite nicht deutlich empfunden. Schon bei geöffneten Augen geht er unsicher. Bei Schluss derselben tritt er stampfend auf. In Rückenlage leichte Ataxie der Beine. An den Oberschenkeln besteht fleckweise Hypästhesie, an den Unterschenkeln desgleichen, sowie Hypalgesie. Die Kniesehnenreflexe fehlen. Abblassung der temporalen Pupillenhälfte (beginnende tabische Sehnervenatrophie). Leichte Phimose. Pulsbeschleunigung. Urin frei von Eiweis und Zucker. Innere Organe normal. An der Diagnose könne nicht gut gezweifelt werden. Eine cerebrale Lues hönne nicht angenommen werden, sei aber mit Rücksicht auf die Anamnese auch nicht auszuschliessen. Vortr. führt sodann die Fälle der Literatur an, in welchen Lues sicher nachgewiesen wurde.

Besonders auffallend sei in dem beschriebenen Fall der infantile Habitus. Es handle sich um ein 8-Monatskind. Ob darin eine Disposition für die Erkrankung des Centralnervensystems liege, wage er nicht zu entscheiden. (Inzwischen im Neurologischen Centralblatt Nr. 3 erschienen.)

Salomonsohn fragt nach dem Gesichtsfeldbefund und schlägt vor, in die Augen Cocain in kleiner Dosis einzuträufeln. Man finde öfter, dass dabei die Pupillenkonvergenzreaktion wieder auftrete.

Bloch hat Cocain nicht eingeträufelt. Die Pupillenreaktion wurde von Herrn Hirschberg nachgeprüft und der Befund bestätigt. Das Gesichtsfeld war bei Untersuchung normal befunden.

Skoczynski stellt einen 14jährigen völlig dementen Knaben aus der Klinik des Herrn Jolly vor, welcher die Sprache bis auf einige Worte eingebüsst hat und vollkommen blind ist. As Ursache dafür besteht totale Atrophia opt. Ausserdem bekommt er sehr häufig typische epileptische Anfälle, monatlich 20 bis 30. Er kann sich nicht bewegen. Die Beine sind spastisch, die Reflexe gesteigert, rechts Babinski'scher Fusssohlenreflex. Die Krankheit ist im fünften Lebensjahr entstanden. Das Sehvermögen nahm im siebenten Jahre ab. Stetige Demenz. Urin und Kot liess er unter sich. Er hört, kann aber seinen Kopf immer nur nach vorn übergebeugt halten. Interessant ist der Fall dadurch, dass sein fünf Jahre älterer Bruder an derselben Krankheit ein Jahr gelitten und zu Grunde gegangen ist. Dieser erblindete auch im fünften Jahr, hatte ebenfalls Krampfanfälle, verblödete ganz und starb nach beträchtlichem Marasmus in Wuhlgarten an Pneumonie. Aetiologisch kommt zweierlei in Frage. Von den Eltern wird zwar Lues bestimmt in Abrede gestellt, die Mutter hat aber einmal abortiert und der Vater vor der Ehe ein kleines Bläschen auf dem sulcus coronarius gehabt. Von Seiten der Mutter besteht ferner sehr starke Belastung. Von sechs Kindern sind die drei Töchter gesund und blond, dem Vater ähnlich, während die beiden kranken Söhne schwarz sind und nach der Mutter schlagen. Der Grossvater der Mutter war ein Epileptiker, der Vater der Mutter hatte als erwachsener Mensch nur einen Krampfanfall. Eine Schwester des Vaters und eine Cousine waren epileptisch, zwei Schwestern sehr nervös und ein Sohn der Schwester der Mutter hat einen schweren Krampfanfall gehabt. Der ältere Bruder des Pat. starb 1898 in Wuhlgarten. Die Sektion ergab am Rückenmark Degeneration der Pyramidenstränge, die für das Gehen der Kranken eine genügende Erklärung darstellt. Am Gehirn fand sich Verdickung der Pia, Windungen atrophisch, Sulci tief. Die mikroskopische Prüfung wurde nicht vorgenommen. Man könne allerdings an Lues denken, da dieser Knabe und seine Schwester am Schmelz der Zähne Defekte haben und Grübchen um den Mund. Bei der Sehnervenatrophie und Demenz könnte man an die von Sachs beschriebene familiäre amaurotische Idiotie denken. Ein Unterschied bestände aber in dem Auftreten der letzteren vor dem zweiten Lebensjahr, während hier erst im fünften Lebensjahr Erscheinungen auftraten. Es handle sich um eine eigentümlich verlaufende familiäre Erkrankung, welche vorläufig sich in keine der beschriebenen Gruppen einreihen liesse. Bei der starken Abnahme des Pat. werde bald Gelegenheit zur genauen mikroskopischen Untersuchung des Gehirns gegeben sein.

Oppenheim fragt, ob Veränderungen an der Macula lutea gefunden sind und ob der Fall nicht gewisse Aehnlichkeit mit dem von Homén beschriebenen zeige.

Skoczynski: Veränderungen an der Macula lutea wurden nicht gefunden. Der Kranke wurde von Herrn Hirschberg untersucht, vollkommene Atrophie der Nervi optici und völlig intakte Netzhaut gefunden. Es bestehe wohl eine Aehnlichkeit mit den Homén'schen Fällen; in letzteren war eine Schmierkur von grosser Besserung gefolgt, während diese beiden Knaben ohne jeden Erfolg geschmiert wurden. Die Homén'schen Fälle würden auch vom Autor selbst als sicher hereditär syphilitisch aufgefasst, während hier die Syphilis nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich habe.

139) **Jolly**: Ueber Kopftetanus mit Facialislähmung.

Der 9jährige Pat. wurde am 6. Dezember vorigen Jahres durch Herrn Remak der Nervenklinik zugewiesen mit der Diagnose Kopftetanus. In der That hat sich ergeben, dass die charakteristischen Erscheinungen dieser Abart des Tetanus vorlagen. Auch der ganze weitere Verlauf ist ein interessanter gewesen, so dass J. bei der Seltenheit der Fälle und in Rücksicht auf einige Beobachtungen die Demonstration des Pat. für angezeigt erachtete. Das Trauma, wodurch die Krankheit zweifellos entstanden ist, ist eine Verletzung am linken Rand der Augenhöhle. Dort ist eine 2 cm lange horizontale Narbe sichtbar. Der Knabe war beim Spielen nach vorn auf den Erdboden gefallen und hatte sich diese Verletzung zugezogen, die ziemlich stark blutete, gereinigt und genäht wurde und regelrecht heilte. Acht Tage nachher besuchte der Knabe wieder die Schule. Am zehnten Tage fiel der Mutter auf, dass das Gesicht schief stand, nach rechts verzogen war. Einige Tage später wurde bemerkt, dass ihm das Oeffnen des Kiefers schwer wurde. Schiefheit des Gesichts und Kieferklemme steigerten sich mehr und mehr. Bedrohliche Symptome traten ein. Oefter wurde er von Athemnot befallen, klagte über heftiges Oppressionsgefühl auf der Brust, wurde dabei blaurot, schrie und jammerte. Am 6. Dezember aufgenommen, ergab sich, dass eine vollständige Lähmung des linken Facialis bestand mit Lagophthalmos. Das Auge konnte nicht geschlossen, die Stirn nicht gerunzelt, der Mund nicht nach links verzogen werden. Die rechte Hälfte war in mässiger Kontraktur begriffen, auch die unteren Facialisäste links, der Levator menti war in Kontraktur. Ferner bestand eine solche in den Halsmuskeln; Sternocleidomastoideus, Platysma waren gespannt, im geringeren Grade die Nackenmuskeln, sehr stark waren die Interkostal- und Bauchmuskeln gespannt, weniger, aber auch nachweisbar, die Rückenmuskeln. In den Extremitäten war keine Kontraktur vorhanden. In gesteigerter Häufung traten in den ersten Tagen tetanische Anfälle auf, wie schon zu Hause. Pat. wimmerte und schrie, klagte über heftiges Oppressionsgefühl. Die Kontraktur des Gesichts nahm zu; die Anfälle gingen in ein bis zwei Minuten vorüber, beruhigten sich wieder, traten aber in immer grösserer Häufigkeit auf. Die Reflexerregbarkeit war erhöht, es bestand Empfindlichkeit gegen Geräusche und gegen alle Maassnahmen, und gelegentlich wurde dadurch ein Anfall hervorgerufen. Die Mehrzahl derselben trat aber spontan auf. Fieber war nicht vorhanden. Eine Beteiligung der Extremitäten fehlte vollständig, nur wurden die beiden Schultern nach vorn gezogen. Was die Therapie anlangt, so war zu erwägen, dass es sich um einen relativ milden Fall von Tetanus handelte. Die lange Dauer des Inkubationsstadiums, die allmähliche Entwickelung der einzelnen Symptome, das Fehlen der weiteren Ausbreitung der Kontraktur, die geringe

Nackenstarre, das fehlende Fieber sprach für milden Verlauf. Andererseits sprach gegen die Möglichkeit der Serumtherapie, dass es relativ spät und daher nicht mehr viel zu erwarten war. Trotzdem wurde zur Serumtherapie geschritten. Von dem Behring'schen Serum wurden 15 cbcm, einer Menge, der 100 Immunisierungseinheiten entsprechen, subkutan injiciert. Es liesse sich nicht sicher sagen, ob dadurch ein wesentlicher Einfluss erzielt worden ist. Unmittelbar danach trat keine Aenderung ein, aber einige Tage später Verminderung der Krampfstösse und langsamer Nachlass des Trismus. Dazwischen kam noch eine schlimme Periode. Wenige Tage nach der Injektion stellte sich zum erstenmal Fieber ein, 38,6, am folgenden Tag 38,8, ebenso am dritten, gleichzeitig starke Athembeschwerden, Husten, leicht blutig gefärbter Schleim, Rasselgeräusche in den oberen Partien der Lungen. Das Fieber fiel dann ab, der Trismus liess nach, so dass die Ernährung, welche bisher nur mit Hilfe der Saugflasche möglich war, besser wurde und eine starke Hebung des Körpergewichts eintrat. Die anfänglich linksseitige Facialislähmung liess mehr und mehr nach. Die elektrische Untersuchung des Facialisgebietes war durch die grosse Empfindlichkeit des Kranken ausserordentlich erschwert. Es gelang aber festzustellen, dass sowohl faradisch wie galvanisch die Reaktion vom Nerven annähernd mit gleicher Stromstärke beiderseits zu erzielen war. Die Erregbarkeit war vielleicht quantitativ etwas herabgesetzt im Vergleich mit der gesunden Seite. Aber sicher war keine Entartungsreaktion vorhanden. Das linke, bisher weit geöffnete Auge wurde auf einmal sehr klein. Die linke Lidspalte wurde jetzt enger als die rechte. Gleichzeitig trat Kontraktur in der linken Wange auf. Wenn man den Pat. öfter hintereinander die Augen schliessen lässt, tritt die Kontraktur noch deutlich hervor. Das Schlucken ging von Anfang an verhältnismässig gut. Die sonst beobachteten Schlingkrämpfe kamen nur in ganz geringem Masse zur Erscheinung. Die Erde aus der Gegend, wo der Knabe gefallen war, erwies sich bei der bakteriologischen Untersuchung als sicher giftig; die Blutuntersuchung nach Venaesektion hatte noch kein Resultat ergeben. J. zeigt eine Reihe von Aufnahmen des Patienten mit dem Projektionsapparat aus den verschiedenen Phasen seiner Erkrankung, dann eine Abbildung von Kopftetanus aus dem Buch von Rose mit Facialislähmung. Die charakteristischen Erscheinungen des Kopftetanus seien zwar vor Rose von Charles Bell früher beobachtet worden, aber Rose's Verdienst wäre es, die Diskussion darüber angeregt zu haben. Merkwürdig sei, dass neben den allgemeinen tetanischen Erscheinungen in einem einzelnen Nervengebiet Lähmungen eintreten und zwar dann, wenn die Verletzung am Kopfe stattgefunden habe, im Facialisgebiet der betroffenen Seite. Rose habe den Namen Kopftetanus in den Namen Tetanus facialis umgewandelt. J. erscheint es zweifelhaft, ob das zweckmässig sei, da gerade im Facialis kein Tetanus, sondern Lähmung zu bestehen pflege. Vielleicht könne man Tetanus faciei sagen oder besser den Namen Kopftetanus beibehalten und im einzelnen Falle hinzufügen: mit Facialislähmung. Es gebe Fälle, in denen Facialislähmung nicht eintritt und solche, in denen neben derselben Augenmuskellähmung bestanden hat. Die eigentümliche Kombination von Lähmung mit Krampf habe die Aufmerksamkeit erregt und eine Reihe von Erklärungsversuchen herbeigeführt. Am bemerkenswertesten sei die Erklärung von Rose. Derselbe nehme an, dass es sich dabei um eine peripherische Lähmung des Facialis handle,

infolge von entzündlicher Schwellung, die von der Wunde aus auf den Facialis übergehe. J. glaubt mit Annahme dieser Erklärung den Thatsachen unmöglich gerecht werden zu können. Er weist zunächst darauf hin, dass diese Lähmungen Entartungsreaktionen vermissen lassen. Es wäre eigentümlich, wenn Schwellungen im Nerven nicht gelegentlich zu einer solchen führen würden, namentlich in Fällen, wo die Lähmung drei Monate bestanden habe. Weiter betont J., dass Verletzungen im Gesicht, ohne Tetanus zu erzeugen oft vorkommen, leichte, schwere und schwerste. Dadurch würden gelegentlich einzelne Facialiszweige zerrissen, in deren Bereiche man dann Lähmung mit Entartungsreaktion eintreten sehe. Aber absolut unerfindlich wäre es, wie von einer Verletzung eine komplette Facialislähmung entstehen solle. Sie komme nicht zustande, wenn nicht eine toxische Affektion vorliegt, wenn also nicht zugleich Tetanus besteht. Durch die neueren Untersuchungen über Tetanus, durch welche die Erreger und Giftwirkung festgestellt wurden, sei die lokale Kontraktur bekannt geworden, die bei Tieren eintritt, wenn ihnen Tetanusgift injiciert wird. Bei Einspritzung des Giftes in ein Bein, entsteht zunächst Kontraktur in diesem Bein, dann im andern, dann erst Trismus. Man könne die lokale Kontraktur sich lange erhalten sehen, bis die allgemeinen Erscheinungen auftreten. J. ist geneigt, die lokale Kontraktur beim Tier mit der lokalen Lähmung beim Menschen in Parallele zu stellen. Zur Erklärung der lokalen Kontraktur beim Tier sei sehr vieles geschrieben worden. Mit Bestimmtheit habe sich ergeben, dass sie nicht von den motorischen Nerven ausgehe. Auch die sensiblen Nerven hätten nur eine untergeordnete Bedeutung. Nach Durchschneidung derselben fand keine Abnahme der Kontraktur statt. Der eigentliche Sitz derselben müsse ein zentraler, im Rückenmark gelegener sein, in der Gegend der Ganglienzellen. Wie komme es, dass das Gift in die Ganglienzelle gelangt? Darüber seien Hypothesen aufgestellt. In den Nervenscheiden wandre das Gift fort und werde so an das Centralorgan im Rückenmark gebracht, habe man angenommen. Von Goldscheider rühre eine andre Hypothese her, an die Neuroneinheit zwischen Ganglienzelle und peripherischem Nerven anknüpfend. Danach schädige eine Schädlichkeit, welche einen peripherischen Teil trifft, auch den zentralen Teil des Neuron. Gerade bezüglich der Einheit der Neurone wären aber bedenkliche Zweifel in letzter Zeit entstanden, daher man sich nicht ohne weiteres mit dieser Hypothese befreunden könne. Es könne dahingegen an die Fortpflanzung einer chemotaktischen Veränderung durch die peripherische Vergiftung gedacht werden. Wir müssen uns mit Hypothesen begnügen, aber sicher sei, dass die lokale Kontraktur durch lokale Vergiftung zustande kommt und dass diese in der Nervenzelle ihren Sitz hat. Anatomische Veränderungen führe sie aber nicht in charakteristischer Weise herbei. Das letztere gelte auch bezüglich der Facialislähmung bei Kopftetanus. Eine Reihe von Fällen sind anatomisch untersucht worden. In einem Hitzig'schen Fall haben sich einige Veränderungen gefunden, aber nicht so, dass sie auf der gelähmten Seite stärkere gewesen wären. Niemals habe man isolierte Veränderungen auf der gelähmten Seite gesehen. Insofern könne man diese Facialislähmung mit der lokalen Kontraktur bei Tieren sehr wohl in Parallele setzen, als es sich nicht um nachweisbare anatomische Veränderungen handle, sondern um Giftwirkung, die wir nur in ihren Symptomen kennen. Um die Parallele noch weiter zu ziehen, sei in dem vorgestellten Fall der Nachweis gelungen, dass von Anfang an neben

der Lähmung etwas Kontraktur bestanden hat, und als Nachstadium nochmals Kontraktur eingetreten ist. Die letztere Kontraktur könnte zunächst als sekundäre nach peripherischer Facialislähmung aufgefasst werden. J. ist kein Fall bekannt, in welchem ohne vorausgegangene Entartungsreaktion eine solche sich eingestellt hätte. Ausserdem pflege sie erheblich später als hier (nach fünf Wochen) einzutreten. J. glaubt daher, es hier mit keiner reinen peripherischen Lähmung zu thun zu haben, sondern mit einer solchen, die wahrscheinlich auf den Kern zurückgeht und in verschiedenem Masse mit Kontraktur verbunden ist.

Remak betont, dass die Augenmuskellähmungen bei dieser Krankheit mit besonderer Vorsicht aufgenommen werden müssten. In einem Fall wurde eine Ptosis durch Spasmus der rechten Seite, als Teilerscheinung einer Kontraktur des gesamten rechten Facialis vorgetäuscht. Diese gleichseitigen Kontrakturen seien schon früher beschrieben. R. erinnert an eine Diskussion über einen letal verlaufenen Fall (1885 in dieser Gesellschaft), wo eine Mischung von Kontraktur und Lähmung erwähnt wurde, ebenso wie von Bernhardt 1884. Neu sei ihm die Kontraktur der anderen Seite. Seit Rose und Bernhardt seien bei dieser Krankheit keine besonderen Fortschritte gemacht worden. Wesentlich sei die Frage, ob die Facialislähmung eine peripherische oder Kernlähmung sei. Da man weder für das eine noch das andere einen sonst charakteristischen elektrischen Befund habe erheben können, so müsse man sagen, dass es entweder eine peripherische oder Kernlähmung ist. Ein Autor solle gefunden haben, dass der Facialis selbst toxisch wirkte. Das würde für eine direkte toxische peripherische Lähmung sprechen.

Schuster erinnert an einen von ihm vor zwei Jahren in der medizinischen Gesellschaft vorgestellten Fall aus der Klinik von Mendel, welcher Aehnlichkeit mit dem Jolly'schen habe, aber schwerer war. Die Incubationszeit betrug nur einen Tag. Der Shok hatte dieselbe Stelle an der Augenbraue betroffen. Eine Mischung von Kontraktur und Lähmung war genau in derselben Weise vorhanden. Der Fall ist in einer Doktorarbeit beschrieben. Am Tage nach dem Trauma war die Lidspalte kleiner und der Mundwinkel verzogen. Nachher wurde eine Facialislähmung konstatiert, welche klinisch einen peripherischen Eindruck machte. Dabei bestand Kontraktur auf der linken Seite. Auf der rechten Seite war die Kontraktur so stark, dass beide Lippen fest zusammen- und gegen die Zähne gepresst wurden. Die elektrische Erregbarkeit vom Nerven und Muskel aus war normal. Eine besondere Eigentümlichkeit, die dem Pat. zweimal fast das Leben gekostet hatte, bestand im Auftreten von tonischen Zwerchfellkrämpfen. Durch Faradisation der Phrenici wurde der Pat. ins Leben zurückgerufen. Interessant war ein therapeutischer Versuch. Es wurde Serum in den Duralsack eingespritzt. Danach traten sehr viel schlimmere Anfälle auf. Die Temperatur stieg auf 39,8. Da nichts mehr zu verlieren war, wurde nunmehr, in Erwägung, dass das normale Nervengewebe die Wirkung hat, den Giftstoff des Tetanusbazillus zu binden, eine Emulsion von Schweinegehirn dem Jungen subcutan in die Bauchhaut eingespritzt. Der Knabe genas, nicht dadurch, sondern danach, obwohl es ein ausserordentlich schwerer Fall war. Er behielt auf der linken Seite mit Facialislähmung eine geringe Kontraktur zurück. Er ist vielleicht trotz der Serumtherapie durchgekommen. In einer Zusammenstellung von Leyden und Blumenthal wurde der Fall als Stütze für die Serumbehandlung angeführt. Dagegen müsse man protestieren, da nach der Serumtherapie der Fall notorisch schlimmer wurde.

Jolly bemerkt bezüglich der Augenmuskellähmungen, dass Fälle von scheinbarer Ptosis selbstverständlich nicht dafür gelten können. Aber unter den Fällen von Rose fänden sich solche von kompletter Oculomotoriuslähmung. Dass die Augenmuskelnerven seltener betroffen würden, liege daran, dass die Verletzungen schwerer an sie herankommen, während der Facialis sehr exponiert liege. Hinsichtlich der Frage, ob peripherische oder nicht peripherische Lähmung, seien seine Einwendungen im wesentlichen gegen die Rose'sche Auffassung eines entzündlichen Prozesses in den Nervenscheiden gerichtet gewesen. Eine peripherische Neuritis ist es bestimmt nicht, dagegen sprechen anatomischer und elektrischer Befund. Dass der Nerv vergiftet ist, sei nicht zu bezweifeln, sodass man es zugleich mit peripherischen und Kernlähmungen zu thun habe. Er sei nicht der erste gewesen, der die Kontrakturen gesehen habe, es lag ihm aber daran, zu betonen, dass auch Rose sie abgebildet hat, ohne sie zu erwähnen. In vielen Fällen sei diese Erscheinung typisch und charakteristisch.

Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in München

am 14. und 15. April 1902 (vergl. S. 366 des vorigen Heftes.)

Bericht von **Dr. P. Schröder** (Heidelberg).

140) **Alzheimer**-Frankfurt a. M. Referat: Die Seelenstörungen auf arteriosclerotischer Grundlage.

Mit den Fortschritten in der klinischen und anatomischen Erforschung der Paralyse sehen wir häufig Versuche wiederkehren, Krankheitsbilder von ihr abzutrennen, die nur äusserliche Beziehungen zu ihr haben sollten. So erstand eine Reihe sogenannter Pseudoparalysen. Unser Wissen darüber ist aber noch ein recht unfertiges. Einige dieser Pseudoparalysen bedürfen noch einer sorgfältigeren klinischen und histologischen Bearbeitung, andere wieder, die wir schon etwas genauer kennen, wie die alte alkoholische und syphilitische Pseudoparalyse, werden wir jetzt besser mit einem positiven Namen als alkoholische Hirnatrophie mit Neuritis oder Polyomyelitis superior oder als progressive Paralyse mit Hirnlues oder als Meningomyelitis luetica bezeichnen.

1891 beschrieb Klippel eine arthritische Pseudoparalyse. Wer die Arbeit Klippel's liest, kann nicht im Zweifel sein, dass seine pseudoparalysie générale arthritique mit dem zusammenfällt, was wir später in Deutschland arteriosclerotische Hirnatrophie genannt haben. Nach der deutschen Schulmedizin sind atheromatös und arthritisch keine zusammenfallenden Begriffe, wie nach einer in Frankreich verbreiteten Auffassung. So mag es wohl gekommen sein, dass Klippel's Arbeit in Deutschland weniger Verständnis und Beachtung gefunden hat. In Frankreich haben Conso und Pactet auf ihr weiter gebaut und für die arteriosclerotische Hirnatrophie den Namen maladie de Klippel vorgeschlagen.

In Deutschland haben Binswanger und Referent auf der Versammlung deutscher Irrenärzte in Dresden 1894 zuerst die arteriosclerotische Hirnatrophie eingehender beschrieben und die Notwendigkeit ihrer Abtrennung von der Paralyse betont.

Bei derselben Gelegenheit hat Binswanger neben der arteriosclerotischen Hirnatrophie noch eine Encephalitis subcorticalis chronica diffusa beschrieben, von der er sagt, dass sich auch bei ihr eine starke Arteriosclerose der Hirnarterien zeige, so dass die Annahme naheliegend sei, der subcorticale Faserschwund sei auf Ernährungsstörungen, verursacht durch die Arteriosclerose, zurückzuführen.

Referent hat später noch zwei weitere Erkrankungstypen, eine perivaskuläre Gliose und eine senile Rindenverödung als durch Arteriosclerose bedingt, geschildert.

Die Encephalitis subcorticalis Binswanger's, die senile Rindenverödung, die perivasculäre Gliose sind, wie die anatomische Untersuchung ausweist, nur als Unterformen der arteriosclerotischen Hirnatrophie anzusehen. Beim menschlichen Gehirn liegen die Verhältnisse eben anders wie bei andern Körperorganen. Für den klinischen Effekt erscheint es nicht wesentlich verschieden, ob eine halbe Niere im ganzen zu Grunde geht, oder tausend miliare Herde das Nierengewebe durchsetzen, falls nur die gleiche Zahl glomeruli und Epithelien funktionstüchtig geblieben ist. Bei den komplizierten physiologischen und anatomischen Verhältnissen des Gehirns scheint es häufig vorzukommen, dass bald da, bald dort die Gefässe erheblicher an Arteriosclerose erkranken und die verschiedene physiologische Bedeutung der dabei in Mitleidenschaft gezogenen Hirnpartien kann dann klinische Bilder verursachen, die so wenig Aehnlichkeit mit einander haben, dass es schwer wird, die Symptome der Hirnarteriosclerose zusammenfassend zu schildern.

An die bisher erwähnten Formen, die im wesentlichen auf die Grosshirnhemisphären beschränkt bleiben können, schliessen sich andere Fälle an, welche von Jacobsohn als schwere Form der Arteriosclerose des Centralnervensystems beschrieben worden sind. Der Prozess der arteriosclerotischen Gefässentartung spielt sich hier im wesentlichen um die Gefässe der Stammganglien und der medulla oblongata ab (arteriosclerotische Bulbärparalyse). Bei unserer heutigen Betrachtung interessieren uns die Fälle nur soweit, als sie sich mit den arteriosclerotischen Erkrankungen der Hemisphären komplizieren können. Nur aus demselben Grunde soll auch der arteriosklerotischen Neuritis Erwähnung geschehen.

Die Stammganglien und die Region der inneren Kapsel sind eine Prädilektionsstelle der atheromatösen Gefässerkrankung, besonders auch der Blutungen. Nach solchen entwickelt sich oft ein eigentümliches Krankheitsbild, die Dementia post apoplexiam. Die histologische Untersuchung lehrt, dass für die Demenz nicht die Apoplexie als solche, sondern in den Hemisphären auftretende arteriosclerotische Herde verantwortlich gemacht werden müssen. Dafür spricht sehr der Umstand, dass es offenbar hierhergehörige Fälle giebt, bei denen sich die Demenz schon vor der Apoplexie bemerkbar zu machen begann.

Die bisher aufgeführten arteriosclerotischen Erkrankungsformen zeigten einen ausgesprochen progressiven Charakter, diesen gegenüber nehmen andere, zweifellos auch durch Arteriosclerose bedingte Fälle eine gewisse Sonderstellung ein, weil sie wenig Progredientes in ihrem Verlauf zeigen, und zumeist nur Symptome bieten, die sich in der Grenze dessen halten, was man gemeiniglich als nervös bezeichnet. Sie sind seltener in Anstalten, aber häufig in der Praxis zu sehen. Neuerdings hat Windscheid wieder die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt.

Endlich gehören noch in den Bereich der Betrachtung Fälle, welche man als arteriosclerotische Epilepsie bezeichen kann. Unter der Bezeichnung Spätepilepsie hat man Fälle von ganz verschiedener Bedeutung zusammengefasst. Nur einen Teil derselben bilden diejenigen Fälle, welche als durch Arteriosclerose verursacht angesehen werden müssen.

Es soll hier nicht über alle Arbeiten berichtet werden, die sich mit der Arteriosclerose des Gehirns beschäftigt haben, sondern nur das Gebiet begrenzt werden, mit dem sich die nachfolgenden Darlegungen beschäftigen sollen.

Wir werden nun zweckmässig von einer kurzen Betrachtung der Arteriosclerose überhaupt ausgehen.

So fällt die Aetiologie der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen mit der Arteriosclerose überhaupt zusammen. Statistische Zusammenstellungen, namentlich die grösser angelegte Arbeit Edgreens, haben uns einige bestimmtere Aufschlüsse über die Ursachen der Arteriosclerose gebracht. Zweifellos ist die Syphilis ein Faktor von der allergrössten Bedeutung. Nach meinen eingehenden Untersuchungen lässt sich die Arteriosclerose nach Syphilis von der Arteriosclerose aller Wahrscheinlichkeit nach nicht syphilitisch gewesener Personen ebensowenig histologisch unterscheiden, wie die Arteriosclerose der Paralytiker und Nicht-Paralytiker. Jedenfalls ist von den in verhältnismässig frühen Jahren mit Anzeichen der Arteriosclerose Erkrankten ein grosser Prozentsatz früher nachweislich luetisch gewesen. Chronische Säufer erkranken nicht immer, aber häufiger als der sonstige Durchschnitt an Atheromatose. Es giebt Familien, in denen eine besondere Disposition zur Arteriosclerose angenommen werden muss. Hirne von Senilen sind selten, aber zuweilen frei von Arteriosclerose. Die senilen Gefässerkrankungen decken sich nicht durchwegs mit den arteriosclerotischen, die senile Demenz ist keine rein atheromatöse Erkrankung.

Die Atheromatose ist in erster Linie eine Erkrankung der Arterien, aber auch der Venen. Sie entwickelt sich im allgemeinen schleichend und chronisch, zuweilen aber auch recht rasch. Sie führt zu Verdickungen, zu Elastizitätsverlust der Gefässwand, zur Verengerung des Gefässlumens, zu Verschluss des Gefässes, zu Aneurysmenbildung und Ruptur, und damit zu Störungen bis zur völligen Aufhebung des Blutkreislaufes im Gebiet des erkrankten Gefässes.

Die atheromatöse Erkrankung kann mehr oder minder alle Gefässe des Körpers betreffen, aber auch im wesentlichen auf die Gefässe eines Organes oder Organsystems beschränkt sein. Nach den sechziger Jahren tritt sehr häufig ein leichter Grad von Arteriosclerose des Gefässsystems ein. Die Arteriosclerose des hohen Alters pflegt am häufigsten das ganze Gefässsystem zu befallen, während die frühzeitig auftretende Arteriosclerose häufiger auf einzelne Gefässgebiete beschränkt bleibt. Dabei kommt es dann oft zu ganz besonders intensiven Gefässerkrankungen bis in die kleinen und kleinsten Gefässe hinein, oft unter dem Bilde der neuerdings wieder von Weber beschriebenen hyalinen Degeneration, die zu der Arteriosclerose mancherlei Beziehungen aufweist.

Wird schliesslich durch die Entartung des Gefässes die Blutversorgung eines bestimmten Gebietes unmöglich gemacht, so tritt eine Erweichung des letzteren ein, Glia und nervöses Gewebe verfallen der Nekrose, vom Rand des Erweichungsherdes her bilden sich neue Gefässe, Zellen, die aus den Gefässen stammen, sogenannte Körnchenzellen, treten in Masse auf, beladen sich mit den

Zerfallstrümmern, zerfallen dann schliesslich selbst, während ein Wall von neugebildetem Gliagewebe die erkrankte Partie von der gesunden abgrenzt.

Bei den arteriosclerotischen Erkrankungen des Gehirns kommt es aber gewöhnlich nicht zu einer völligen Erweichung. Die Blutversorgung stockt nicht völlig, wird aber immerhin so gestört, dass das empfindliche nervöse Gewebe langsam und teilweise zu Grunde geht, während die Glia wuchert. Dabei findet häufig eine Neubildung von Gefässen statt, und im Gewebe treten, nicht in dichten Maassen, aber vereinzelt, überall dieselben Körnchenzellen auf, wie bei der Erweichung. Histologisch betrachtet stellen also die arteriosclerotischen Erkrankungsherde Herde einer unvollkommenen Erweichung dar. Daraus ergiebt sich schon die enge Verwandschaft der encephalo-malacischen und thrombotischen Erweichungsherde zu der arteriosclerotischen Hirnerkrankung. In physikalischer Beziehung, für den Druck des Fingers und das schneidende Messer, imponieren die arteriosclerotischen Herde wohl infolge der starken Wucherung des Stützgewebes eher als eine Verhärtung. In vielen Herden aber sind die Veränderungen nur so leichte, dass sie erst unter dem Mikroskop hervortreten.

Nicht unwichtig als Stütze für die Diagnose der arteriosclerotischen Hirnerkrankung können gleichzeitig bestehende somatische Erscheinungen der Atheromatose werden. Recht häufig führt die Erschwerung des Blutkreislaufes zu einer Vergrösserung des Herzens und einer Verstärkung des zweiten Aortentones. Da, wo die Arteriosclerose nicht auf das Gehirn beschränkt bleibt, werden wir geschlängelte und harte Arterien (Carotiden, Temporales und Radiales) antreffen. Zuweilen finden wir die Symptome der Coronararteriensclerose. Von noch grösserer Wichtigkeit als die Veränderungen an den peripheren Arterien sind die sichtbaren Veränderungen an den Gefässen der Retina, welche mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf eine gleichzeitige Erkrankung der Hirngefässe hinweisen.

Weitere Erwähnung verdient die arteriosclerotische Schrumpfniere. Auch Diabetes ist eine nicht ganz seltene Begleiterkrankung der Hirnarteriosclerose. Die Psychosen in Begleitung des Diabetes sind zu einem hohen Prozentsatz arteriosclerotische.

So wichtig nun alle diese körperlichen Begleiterscheinungen zur Ergänzung der Diagnose werden können, sie können fehlen, weil die Arteriosclerose hauptsächlich auf die Hirngefässe beschränkt geblieben ist, und sie können andererseits in der vollendetsten Ausbildung vorhanden sein, während die begleitende psychische Krankheit sich als eine einfache Paralyse oder senile Demenz ausweist.

So können schliesslich allein die Symptome von Seiten des Centralnervensystems die Diagnose der arteriosclerotischen Hirndegeneration sichern. Wie der histologische Befund der Hirnarteriosclerose ein durchaus spezifischer und eigenartiger ist, so ist auch das klinische Symptomenbild ein so wohl charakterisiertes, dass in den allermeisten Fällen die Diagnose intra vitam mit aller Sicherheit gestellt werden kann.

Nun können wir zur Betrachtung der einzelnen Formen der Hirnarteriosclerose übergehen.

Die leichteste, nennen wir sie nervöse Form der Arteriosclerose ist, wie auch Windscheid angiebt, im wesentlichen charakterisiert durch

rasche psychische, vielfach auch körperliche Ermüdbarkeit, Gedächtnisschwäche, Kopfschmerz und Schwindelanfälle.

Schon zu Beginn der vierziger Jahre kann man das fertige Krankheitsbild beobachten; die meisten meiner Kranken waren zwischen dem 50. und 65. Jahre. Herzhypertrophie und Nierenschrumpfung stärkeren Grades fehlen häufig. Die Kranken werden oft reizbar, zu anhaltender Arbeit, zur Weiterführung ihrer Berufsgeschäfte unfähig. Eine geistige Thätigkeit erscheint nur mehr in ganz eingeschliffenen Bahnen möglich, die geistige Produktivität ist erlahmt. Die Ermüdbarkeit macht sich meist sehr augenfällig bemerkbar, schon wenn man sich mit dem Kranken unterhält, die Merkfähigkeit prüft, ihn nur kurze Zeit rechnen lässt. Gewöhnlich wird sie auch von dem Kranken selbst sehr unangenehm empfunden.

Dasselbe gilt für die Gedächtnisschwäche. Manchmal klagt der Patient sehr darüber, ohne dass es möglich ist, sie mit den gewöhnlichen Methoden nachzuweisen. Es ist dann wohl mehr eine subjektive Empfindung der Erschwerung des Zurückrufens einzelner Vorstellungen als ein Ausfall. Jedenfalls ist die Reaktionszeit oft messbar verlängert. Manchmal gelingt es dem Kranken, auf Umwegen das zunächst nicht zugängliche Erinnerungsbild zu finden. Besonders leidet das Namen- und Zahlengedächtnis unserer am wenigsten fest im Gedächtnis verankerten Erinnerungsbilder, am stärksten im Bereich der Merkfähigkeit, aber auch bezüglich der alten Erinnerungen.

Der Kopfschmerz wird gewöhnlich in der Stirne, selten am Scheitel oder Hinterkopf als Druck oder Benommenheitsgefühl, oft von quälender Intensität geschildert. Häufig ist er dauernd, in einem Falle verschwand er jedesmal im Laufe des Tages. Ein Kranker klagte regelmässig über Zunahme der Kopfschmerzen bei der Defäkation.

Die Schwindelanfälle treten spontan, oder aber bei plötzlicher Veränderung der Körperlage, beim Verlassen des Bettes, bei körperlichen und geistigen Anstrengungen ein.

Oft wird über Flimmern vor den Augen, manchmal über Ohrensausen geklagt. Wie Windscheid bemerkt, wird Alkohol in der Regel schlecht vertragen.

Bei immer wiederholten Prüfungen der Kranken tritt eine auffallende Schwankung in der Intensität der Erscheinungen zu Tage. Manchmal habe ich auch eine deutliche Erschwerung in der Auffindung etwas ferner liegender Sachbezeichnungen, z. B. bei der Betrachtung der Bilderbücher, als vorübergehendes Symptom bemerkt; ebenso auch eine auffallende Erschwerung des Wortverständnisses (psychische Schwerhörigkeit). Ich will nicht weitergehen in der Aufzählung solcher Einzelbeobachtungen, da deren klinische Bedeutung noch an weiteren Fällen studiert werden muss.

Wohl stets besteht klare Krankheitseinsicht, meist sogar eine ausgesprochene Furcht, blödsinnig zu werden. Die Symptome erscheinen weitgehender Rückbildung fähig, bleiben aber oft Jahre lang stabil. Der Tod erfolgt schliesslich an Apoplexie, Koronararteriensclerose oder an interkurrenten Erkrankungen, aber wie es scheint selten dadurch, dass die Krankheit in eine der schweren progredienten Formen übergeht.

In einigen Fällen fanden sich bei der Sektion kleine Erweichungen, welche ich aber nicht als die alleinige Ursache der klinischen Erscheinungen ansprechen möchte. In einem Gehirn fehlten sie auch völlig. Die Pia war hier leicht

verdickt, stark hyperämisch, besonders die Venen stark erweitert. Die Arterien zeigten schwere arteriosclerotische Veränderungen. Das Gehirngewicht war ein hohes, die Windungen kaum verschmälert, die Rinde kaum atrophisch. In Rinde, Mark und Ganglien zeigten sich viele starkerweiterte perivasculäre Räume. Die Glia war in der Umgebung dieser Räume und in direkter Nachbarschaft der Gefässe erheblich verdichtet. Die Gefässe waren in den Markleisten vielfach von Reihen neugebildeter Spinnenzellen begleitet, überhaupt schien die Glia in der Markleiste etwas vermehrt.

Die Ganglienzellen der Rinde zeigten eine erhebliche Pigmentatrophie, ihre Schichtung aber war ganz normal; Körnchenzellen fanden sich nirgends. Spinnenzellen lagen vereinzelt in den tieferen Teilen der Rinde, in der Oberflächenschicht war die Glia vermehrt. Nirgends fanden sich Anzeichen eines grösseren Ausfalls von Ganglienzellen oder Markscheiden. Vielleicht waren letztere in der Nachbarschaft einzelner Gefässe etwas gelichtet.

Nach dem histologischen Befund fehlen also schwere Ausfälle im nervösen Gewebe. Die wesentlichen Erscheinungen lassen sich wohl erklären durch Stauungserscheinungen in der Blutcirkulation. Nirgends waren die Cirkulationsstörungen so erhebliche, dass ein umfangreicher Untergang nervöser Substanz eingetreten wäre.

In der zweiten Gruppe wollen wir die Fälle von schwerer progressiver arteriosclerotischer Hirndegeneration zusammenfassen.

Bei der gewöhnlichen Form der arteriosclerotischen Hirnatrophie beginnt die Krankheit mitunter ähnlich wie bei der nervösen Form mit Kopfschmerz, Schwindelanfällen und Gedächtnisschwäche. Bald aber treten schwere psychische Erscheinungen auf, wenn die Krankheit nicht schon mit solchen eingesetzt hat. Manchmal macht sich eine unzufriedene, weinerliche Stimmung, manchmal Ausbrüche von Gereiztheit, unbeugsamem Starrsinn, auch Zustände von ratloser Unruhe bemerkbar. Recht häufig kommt es dann zu einer auffälligen Schlaffheit, einem ganz stumpfen apathischen Verhalten. Wenn man sich eingehender mit dem Kranken beschäftigt, kann man ersehen, dass es sich dabei nur zum kleineren Teile um wirkliche Ausfälle handelt. Ursache des apathischen Verhaltens ist die ausserordentliche Erschwerung der Auffassung, des Gedankenablaufes, der Reproduktionsthätigkeit. Der Zustand zeigt erhebliche Schwankungen, plötzlich überrascht der Kranke wieder durch treffende Bemerkungen über seine Person, Verhältnisse, Lage und Umgebung. Der rasche Wechsel ist höchst frappierend. Allmählich aber kommt es zu immer tiefer greifenden wirklichen Ausfällen. Die Merkfähigkeit erscheint schwer gestört. Von dem Gebiete der alten Erinnerungen sind oft noch grosse Inseln erhalten, zu denen man erst durch umständliche Fragen gelangt. Dabei macht sich oft eine grosse Ermüdbarkeit bemerkbar. Die Interessen des Kranken schlafen immer mehr ein, aber manchmal weckt z. B. ein Besuch der Angehörigen wieder Vorstellungen und Empfindungskreise, die man schon lange erloschen glaubte. Die Stimmung des Kranken ist meist leer, exaltierte Stimmung habe ich bis jetzt nie, eine weinerlich deprimierte oft gesehen. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen treten meist nur in den vorübergehenden Erregungszuständen auf. Grössenideen habe ich im Gegensatz zu Klippel nie beobachtet. Allmählich kommt es zu immer tieferer stumpfer Verblödung, und doch bleiben auch diese tiefen Demenzzustände noch eigenartig, der geistige

Zerfall ist kein gleichmässiger, einzelne Teile der früheren Persönlichkeit bleiben auffällig lang erhalten.

Der Krankheitsverlauf wird in den meisten Fällen unterbrochen durch häufige Anfälle, welche in ausserordentlich vielfacher Gestalt auftreten können. Bald sind es nur Schwindelanfälle, bald leichtere, bald schwerere epileptiforme oder apoplektiforme Anfälle. Man beobachtet danach bei eingehender Untersuchung zuweilen Andeutungen von Herdsymptomen, asymbolisches Verhalten, Ausfälle in der Sprache, im Gesichtsfeld, kortikale Bewegungsstörungen. Oder auch die Anfälle spielen sich im rein psychischen Gebiete ab als vorübergehende Zustände von Benommenheit, Ratlosigkeit, als hallucinatorische Erregungszustände, als Verwirrtheit mit tobsüchtiger Erregung.

Die Krankheitseinsicht ist oft auffällig lange erhalten. Ich bin ganz blödsinnig geworden, pflegte mit Thränen in den Augen ein Kranker zu antworten, wenn man ihn etwas fragte. Selbst Kranke, die zum Sprechen nicht mehr fähig sind, sah ich nach der Stirn deuten, um ihre Unfähigkeit aufzufassen und zu antworten zu erklären.

Oefters habe ich bei solchen Kranken von Anfang an eine schwere melancholische Verstimmung, heftige Angstzustände gesehen, die fast den ganzen Krankheitsverlauf über anhielten, wenn auch die Angstäusserungen im letzten Stadium der Krankheit weniger von Affekt begleitet, mehr stereotyp zu sein schienen. Manchmal ging einer später ganz typischen arteriosclerotischen Erkrankung ein längeres rein melancholisches Krankheitsbild voraus. Ob es sich dabei um Komplikationen seniler oder präseniler Melancholieen mit arteriosclerotischer Hirnentartung handelt, oder ob diese Depressionszustände nur als ein Symptomenbild im Verlauf der Gehirnarteriosclerose aufzufassen sind, möchte ich noch nicht entscheiden.

Die Pupillen verlieren jedenfalls selten ihre Reaktionsfähigkeit, die Sprache ist meist gestört, und zwar stärker wie beim Apoplektiker und beim Paralytiker. Hemiparesen sind nicht selten als Folge kleiner Kapselherde.

Das Alter meiner Fälle schwankte zwischen 52 und 64 Jahren. Die Krankheitsdauer zwischen 1 und 6 Jahren. Der Tod erfolgte an Gehirnlähmung, Apoplexie, Herzlähmung, Nierenschrumpfung, Pneumonie oder Coma diabeticum.

Die Sektion ergiebt oft eine recht erhebliche Gewichtsabnahme des Gehirns, bei oft nur sehr wenig verschmälerten Windungen: die Gefässe sind, soweit sie vom Auge verfolgt werden können, stark atheromatös, die Pia ist gewöhnlich nur mässig verdickt, lässt sich stets leicht abziehen, die Ventrikel stark dilatiert, Ependymgranulationen selten.

Auf Querschnitten durch die Hemisphären fallen die oft enorm erweiterten Gefässlücken auf. Das Mark ist gewöhnlich derber als normal, zeigt statt der weissen oft einen mehr grau durchscheinenden Farbenton, besonders bemerkt man eine strichförmige graue Verfärbung in der Richtung des Verlaufs der Gefässe. Hin und wieder begegnet man auch miliaren Erweichungen und kleinen Kapillaraneurysmen.

Im Gebiete der Stammganglien und der inneren Kapsel sieht man oft einen ausgesprochenen Etat criblé; wohl am regelmässigsten zeigt sich das Mark des corpus dentatum des Kleinhirns degeneriert, grau, tief eingesunken.

Bei der mikroskopischen Untersuchung vorgeschrittener Fälle findet man leichte degenerative Veränderungen über die ganzen Hemisphären verbreitet.

So ist die Glia der Oberflächenschicht regelmässig etwas vermehrt, die Ganglienzellen sind in der Regel stark fettig pigmentös entartet. Nestern von Spinnenzellen, meist um Gefässe angeordnet, begegnet man nahezu in jedem Schnitt. Nirgends jedoch, abgesehen von den Herden, findet man die Architektur der Hirnrinde gestört, ein Ausfall von Markfasern ist kaum nachzuweisen. Ueberall zerstreut aber in Rinde, Mark und Stammganglien findet man arteriosclerotische Herde. Regelmässig liegt in der Mitte derselben ein besonders hochgradig entartetes Gefäss. In den Herden beobachtet man die verschiedensten Grade der Erkrankung. An einzelnen ist nur eine leichte Wucherung der Glia bemerkbar, während man regressive Veränderungen an der nervösen Substanz kaum wahrnimmt. In andern ist alles nervöse Gewebe zu Grunde gegangen und ein derbes Gliageflecht, in welchem mit Zerfallsprodukten beladene Körnchenzellen liegen, an seine Stelle getreten. Da diese Körnchenzellen sich mit Osmium schwärzen, kann man mit der Marchimethode die Herde am übersichtlichsten darstellen.

Wird das erkrankte Gefäss in seiner Verlaufsrichtung getroffen, so läuft der Herd lang gestreckt zu beiden Seiten des Gefässes hin, ist das Gefäss quer geschnitten, so erhält man rundliche Herde oder solche mit zackigen Rändern. Meist verliert sich der Herd allmählich in die Umgebung. In den stark erweiterten Lymphräumen der Gefässe beobachtet man oft die Entwicklung eines förmlichen reticulären Bindegewebes, zwischen welchem Körnchenzellen, Blutpigmentreste und allerlei Detritus gelegen ist.

Wie schon erwähnt kommen durch besondere Lokalisation der arteriosclerotischen Gefässerkrankung klinisch und anatomisch wesentlich abweichende Formen der Gehirnarteriosclerose zustande. Eine der typischsten ist die Encephalitis subcorticalis chronica Binswanger's. Es handelt sich dabei um eine besonders schwere arteriosclerotische Erkrankung der langen Gefässe des tiefen Markes und um eine oft die höchsten Grade erreichende Atrophie des tiefen Marklagers der Hemisphäre. In besonders typischen Fällen sind die Rinde und die unmittelbar unter der Rinde gelegenen kurzen Associationsbahnen frei von Erkrankung, während das ganze übrige Mark schwer erkrankt ist. So könnte man beinahe von einer Systemerkrankung reden. Oft gesellt sich dazu das Bild der schweren Arteriosclerose im Sinne Jacobsohn's.

Klinisch erscheint auch hier die auffällige Erschwerung der Gedankenverbindung als eines der ersten und augenfälligsten Symptome. Meist machen sich dann frühzeitig schleichend auftretende, langsam zunehmende Ausfälle in der Sprache bemerkbar. Oft geht den wirklichen Ausfällen eine Erschwerung sprachlicher Associationen voraus. Bald wird das Krankheitsbild durch Anfälle kompliziert: Schwindelanfälle, ausgebildete epileptische Anfälle, apoplektiforme Insulte. Sie sind manchmal von Erregungs- und Verwirrtheitszuständen gefolgt, häufig auch von cerebralen Herderscheinungen, Einschränkungen des Gesichtsfeldes, Asymbolie, motorischen und sensorischen Aphasien, Agraphien, Monoplegien. Diese Erscheinungen können grösstenteils schwinden, um bald wieder stärker aufzutreten und schliesslich stationär zu bleiben. Manchmal entwickeln sich schleichend, manchmal plötzlich, ohne Beteiligung der Psyche, Störungen in der Sprachartikulation und Hemiparesen. Die Herderscheinungen repräsentieren oft ungemein isolierte, beschränkte Ausfälle und ihr Studium verspricht uns sicherlich noch mancherlei interessante Aufschlüsse. Oft besteht

ein krampfhaftes Weinen, hin und wieder stereotypes Schreien. Nach längerem Verlauf ist besonders charakteristisch für diese Erkrankungsform, dass gewöhnlich gleichzeitig die verschiedensten kortikalen Herderscheinungen nachweisbar sind; allerdings weisen sie meist nur auf partielle Störungen in den betreffenden Rindengebieten hin und wechseln oft in ihrer Intensität; man findet motorische und sensorische Ausfälle in der Sprache, kortikale Lähmungen, Gesichtsfelddefekte; auch die von Pick beschriebene Störung der Tiefenlokalisation habe ich zweimal beobachtet.

Gleichzeitig bestehen oft Hemiparesen, welche auf Kapsel- und Brückenherde zurückzuführen sind. In drei Fällen sah ich eine auffällige Schwierigkeit in der Koordination der Augenbewegungen, ohne dass eine ausgesprochene Lähmung bestand. Die Pupillen reagieren öfters prompt bis zum Tode, doch sah ich einigemale früh Licht- und Akkomodationsstarre eintreten. Die Sprache ist häufig auffallend verlangsamt, monoton, es besteht oft Silbenstolpern.

Die Krankheitseinsicht ist auch hier auffällig lange erhalten und trotz eines anscheinend schon tiefen geistigen Verfalls macht der Kranke gelegentlich Bemerkungen, die auf eine gewisse Erkenntnis seiner traurigen Lage hinweisen. Schliesslich allerdings entsteht ein Blödsinn, der, wie Binswanger recht zutreffend bemerkt hat, an den der grosshirnlosen Versuchstiere erinnert. Und dieser Zustand kann noch Jahre lang bestehen. Einzelne Fälle führen auch in einigen Monaten zum Tode.

Bei der Sektion dieser Fälle vermisst man die Erweichungsherde, welche man nach den klinischen Erscheinungen hätte erwarten sollen. Die Pia ist meist nur mässig getrübt, die Windungen oft nur wenig verschmälert, aber tief eingesunken. Die Rinde ist auffällig gut erhalten, das Mark aber, wie schon erwähnt, ungemein verschmälert, im ganzen von einem graulichen Farbenton, oft von derberen, graueren, mehr durchscheinenden Flecken durchsetzt. Die Ventrikel sind nach langer Krankheitsdauer ganz enorm erweitert. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich die Rinde an den meisten Stellen auffallend gut erhalten, hin und wieder finden sich auch Ausfälle in einzelnen Schichten, es bleibt aber eine merkwürdige Erscheinung, wie wenig im Nisslpräparat die Rinde afficiert erscheinen kann, wenn schon der grösste Teil des Markes zu Grunde gegangen ist. Allerdings sind auch die eigentlichen Markleisten der Windungen und die kurzen Associationsbahnen in der Regel erhalten. Das tiefere Mark fehlt an vielen Stellen ganz, an anderen ist es stark gelichtet. Namentlich durch die Glia- und Marchimethode lässt sich nachweisen, dass mehr oder minder zahlreiche Herde das Mark durchziehen, die dann wieder Ursache ausgebreiteter sekundärer Degenerationen geworden sind. Die Glia ist an den ursprünglichen Herden am stärksten vermehrt, hier finden sich auch die Körnchenzellen am dichtesten angehäuft. Aber gewöhnlich ist im ganzen tiefen Mark das Stützgewebe erheblich gewuchert und überall liegen Körnchenzellen dazwischen.

Wie schon erwähnt, findet man in der Regel bei diesen Fällen auch Herde in der inneren Kapsel, im Linsenkern, Thalamus und besonders regelmässig in der Brücke im Gebiet der Pyramidenbahn. Diese kann dadurch in den allerverschiedensten Höhen ihres Verlaufs, bald im centrum semiovale, bald in der inneren Kapsel, bald auf ihrem Durchtritt durch die Brücke Unterbrechungen erleiden, so dass nahezu regelmässig im Rückenmark beide

Pyramidenseiten- und Vorderstränge gelichtet oder mit Zerfallsschollen erfüllt sind, das eine System gewöhnlich stärker als das andere. Deshalb finden wir auch in der Regel eine Steigerung der Patellarreflexe, und zwar gewöhnlich auf der einen Seite stärker als auf der anderen. Ganz regelmässig sind auch in der Brücke die Faserbündel der crura cerebelli ad pontem in Mitleidenschaft gezogen, seltener die Schleife.

In einem Fall fanden sich noch in den grauen Vorderhörnern des Cervikal- und Dorsalmarks solche Herde. Ihnen entsprachen isolierte Atrophien in der Muskulatur des Armes.

So ungemein charakteristisch das Bild der subkortikalen chronischen Encephalitis in histologischer Beziehung ist, in klinisch differentialdiagnostischer Hinsicht macht es manchmal erhebliche Schwierigkeiten. Hauptsächlich kommen dabei zwei Krankheitsformen in Betracht:

1. die atypische Paralyse Lissauer's und
2. gewisse senile Psychosen mit Herderscheinungen.

Wir werden noch später darauf zu sprechen kommen. Einen gewissen Gegensatz zu der Encephalitis subcorticalis stellt die Unterform der Hirnarteriosclerose dar, welche ich als senile Rindenverödung beschrieben habe. Bei dieser spielt sich der Erkrankungsprozess um die kurzen Gefässe ab, welche aus der Pia in die Rinde eintreten. Hier ist also nicht das Mark, sondern die Rinde der Sitz der Erkrankung. Da sich diese Form vorzugsweise im hohen Alter und öfters mit Dementia senilis kompliziert findet, habe ich sie früher als senile Rindenverödung bezeichnet. Nachher habe ich aber auch einige Fälle aus früheren Jahren kennen gelernt. Typisch für die Erkrankung ist das Auftreten kleiner keilförmiger Herde in der Rinde, wobei die Basis des Keils der Hirnoberfläche aufsitzt. Einzelne Herde liegen auch tiefer in der Rinde. Ganglienzellen und Markfasern sind im Bereich des Herdes zu Grunde gegangen, der ganze Herd besteht aus einem dichten Gliafilz. Hin und wieder findet man auch kapillare Erweichungen zwischen den Herden. Die Herde liegen oft dicht nebeneinander, gewöhnlich aber nur im Bereich einiger Windungen, wie man sich überzeugen kann, im Verbreitungsgebiet einer grösseren Arterie. Da die Herde etwas unter das Niveau der Oberfläche einzusinken pflegen, zeigen die meist erheblich atrophischen Windungen zahlreiche punktförmige Einziehungen. Auffallender Weise findet man Herde der beschriebenen Art nie bei den anderen Formen der Hirnarteriosclerose.

Wieder eigenartige Formen sind schliesslich die, welche ich als perivaskuläre Gliose beschrieben habe. Die histologischen Veränderungen bei derselben sind leicht verständlich. Wenn eine der grösseren Arterien, welche die Hemisphäre mit Blut versorgen, z. B. die arteria cerebri ant. oder post., oder die arteria fossae Sylvii, oder einer ihrer Aeste thrombosiert, so ist die Folge davon die Erweichung des zugehörigen Gebietes. Unter bestimmten Umständen kommt es aber offenbar nicht zu einem völligen Verschluss, sondern zu einer so hochgradigen Verengung des Arterienrohres, dass der Blutkreislauf unzureichend wird. Am ehesten leidet darunter das nervöse Gewebe, das offenbar die höchsten Anforderungen an die Ernährung stellt, es verändert sich regressiv und verfällt schliesslich dem Untergange, während das Stützgewebe noch zur Wucherung angeregt wird. Deshalb finden wir im Verbreitungsgebiet derartig schwer entarteter Arterien fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und

herdförmige Gliawucherungen an den Gefässen entlang. Deswegen habe ich die Veränderung perivaskuläre Gliose genannt. Die Herde liegen sowohl im Mark, wie in der Rinde; sie sind beschränkt auf einzelne oder mehrere Windungen, die nach ihrer Lage übereinstimmen mit der gewöhnlichen Lage der Erweichungsherde.

Die perivaskuläre Gliose ist besonders deswegen interessant, weil sie uns wieder auf die engen Beziehungen hinweist, die zwischen den arteriosclerotischen Erkrankungen, wie sie jetzt geschildert worden sind und den auf Gefässverschluss und Thrombose zurückzuführenden Erweichungsherden des Gehirns bestehen, die ja in weiterem Sinne auch mit zu den arteriosclerotischen Erkrankungen gehören. Da es sich dabei um viel bekanntere Dinge handelt, wollen wir uns mit dieser Erwähnung begnügen.

Die senile Rindenverödung, wie die perivaskuläre Gliose stellen also Erkrankungsformen dar, die sich auf umgrenzte Windungsbezirke beschränken, während das übrige Gehirn ohne erhebliche pathologische Veränderungen sein kann. Wie erwähnt, kombiniert sich die senile Rindenverödung aber oft mit Dementia senilis. Die klinischen Erscheinungen bei diesen beiden Formen ähneln deswegen sehr den Symptomen isolierter Erweichungsherde, nur die langsame Entwicklung der Ausfallserscheinungen, häufige leichte apoplektiforme Insulte mit nachfolgenden, bald wieder zurückgehenden Reizerscheinungen haben mich öfter schon intra vitam die Diagnose richtig stellen lassen.

Warum nun in dem einen Falle trotz erheblicher Arteriosclerose der Hirngefässe keine Herde im Gehirn auftreten, wie bei der sogenannten nervösen Form, warum im anderen Fall bald da, bald dort in Rinde und Mark, oder nahezu ausschliesslich im Mark, oder wieder ausschliesslich in der Rinde arteriosclerotische Herde entstehen, dafür haben wir bis jetzt keine Erklärung.

Nun giebt es typische Fälle von den beschriebenen Formen, es giebt aber auch Mischfälle. Es giebt ferner Fälle, welche mit Erweichungsherden kompliziert sind. Es wäre bei diesen natürlich wenig angebracht, etwa alle vorhandenen Ausfallssymptome auf die Erweichungsherde zurückzuführen. Gerade die Kenntnis der arteriosclerotischen Erkrankungen muss uns zur Vorsicht mahnen, allein aus dem makroskopischen Befunde Schlüsse von dem Herd auf die Ausfallssymptome zu ziehen. Sehen wir doch, dass die arteriosclerotische Hirnerkrankung ohne makroskopisch sichtbare Herde die mannigfachsten und schwersten Herdsymptome veranlassen kann.

Schliesslich giebt es auch Fälle, und ich habe zwei ganz zweifellose gesehen, wo eine schwere arteriosclerotische Hirnerkrankung mit Paralyse kompliziert ist. Das führt uns zur Differentialdiagnose der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen. Wenn wir diese erschöpfend behandeln wollten, müssten wir sehr zahlreiche Krankheitsformen heranziehen. Ich will deswegen nur die Differentialdiagnose zur Paralyse und senilen Demenz erörtern, die weitaus am häufigsten in Frage kommt.

Was zunächst die anatomische Seite der Frage anbelangt, so sind wir jetzt so weit, einen spezifischen Befund sowohl für die Paralyse, wie für den Altersblödsinn zu kennen. Man kann also sowohl die Dementia senilis wie die Dementia paralytica aus den Gewebsveränderungen allein diagnosticieren. Jedenfalls unterscheiden sich von beiden die Veränderungen, die wir bei der arteriosclerotischen Demenz finden. Es sind hier allein Herde,

die um schwer erkrankte Gefässe angeordnet sind, Herde, in welchen ein Ausfall von Ganglienzellen und Nervenfasern eingetreten ist, die Glia mehr oder weniger gewuchert ist und fast niemals Anhäufungen von Körnchenzellen vermisst werden. Die Richtung der Herde, die durch den Gefässverlauf bestimmt wird, giebt dem arteriosclerotischen Degenerationsprozess etwas ungemein charakteristisches. Die Herde veranlassen oft ausgedehnte sekundäre Degenerationen. Ausserhalb der Herde und der durch sekundäre Degeneration veränderten Stellen ist das Gewebe im wesentlichen normal. Selbst in den allerschwerst erkrankten Gehirnen finden sich noch ausgedehnte Bezirke mit völlig normaler Architektonik der Hirnrinde. Dagegen muss man festhalten, dass der Degenerationsprozess bei der Paralyse und der senilen Demenz, wenn hier auch einzelne Hirnpartieen in stärkerem Masse erkranken, doch, wie die feinsten Untersuchungsmethoden ausweisen, ein im wesentlichen diffuser ist.

Auf diese anatomische Verschiedenheit gründet sich, wie das schon Binswanger ausgesprochen hat, auch die Möglichkeit einer klinischen Abtrennung. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die verschiedenen Geisteskrankheiten, welche zur Verblödung, das heisst zu dauernden psychischen Ausfällen führen — die Paralyse, die senile Demenz, die Epilepsieen, manche Depressionszustände, jugendliche Verblödungspsychosen — jede eine eigenartige charakteristische Blödsinnsform bilden, eigenartig dadurch, dass bei jeder Krankheit die psychischen Leistungen in anderem Grade und andersartiger Zusammenstellung gestört sind.

Das genaue Studium dieser verschiedenen Blödsinnsformen ist eine wichtige und noch ganz ungelöste Aufgabe, aus der die Diagnostik vielleicht manchen wertvollen Fingerzeig erhalten wird.

Die Verschiedenheit der Demenz bei Paralyse, Dementia senilis und arteriosclerotischen Erkrankungen an einzelnen Beispielen auszuführen, würde hier viel zu weit führen, es ist nur möglich, einige besonders charakteristische Merkmale hervorzuheben.

Als ein solches Symptom, das schon früh bemerkbar ist und oft bis in die spätesten Stadien der Krankheit sich verfolgen lässt, kann man zunächst die auffällige Verlangsamung und Erschwerung des Gedankenablaufes, die Hemmung der Associationsthätigkeit bezeichnen. Sie ist dem Kranken als krankhaft bewusst, er giebt sich Mühe, sie zu überwinden. Ein eigentlich depressiver Affekt ist damit in der Regel nicht verbunden, am ehesten noch ein leichtes Gefühl von Hilf- und Ratlosigkeit. Das dämmer- und traumhafte, das ähnlichen Zuständen bei der Paralyse und der senilen Demenz anhaftet, fehlt hier völlig. Ebenso ist die Schnelligkeit charakteristisch, mit welcher solche Hemmungszustände auftreten, verschwinden und wiederkehren. Wie bei der Paralyse und der Dementia senilis engt die Krankheit auch hier bald den Interessenkreis des Individuums ein, aber der Kern der Persönlichkeit und ein richtiges Urteil über dieselbe bleiben viel länger erhalten. So erklärt sich wohl auch die lange bestehende Krankheitseinsicht. Das affektive Leben stumpft sich ab, aber abgesehen von vorübergehenden Erregungszuständen finden wir vorzugsweise normale Affekte.

Die psychischen Ausfälle bleiben isoliert, sind aber in ihrer Isolation oft tief greifend, während sie bei der Dementia senilis und paralytica allgemeiner, wenn auch zunächst weniger tiefgreifend sind.

Dazu bleibt es bei der arteriosclerotischen Hirnatrophie, abgesehen von anfallsweise auftretenden Erregungszuständen, im wesentlichen bei einfachen Ausfallserscheinungen, während bei der Dementia senilis und paralytica viel häufiger Reizerscheinungen, depressive und exaltive Affekte, Wahnbildungen, eigentliche psychotische Elemente mit einhergehen.

So erscheint der arteriosclerotisch Demente immer mehr als Hirnkranker, der Paralytiker und senil Demente als Geisteskranker.

Dazu kommen dann noch die vielfachen eigenartigen, oben schon beschriebenen Anfälle und schliesslich die Verschiedenheit der körperlichen und nervösen Begleiterscheinungen, welche die Differentialdiagnose ermöglichen.

Die meisten Schwierigkeiten in differentialdiagnostischer Beziehung machen zwei Formen, die atypische Paralyse Lissauer's und gewisse Formen seniler Demenz mit Herderscheinungen. Die Lissauer'sche Paralyse ist durch die Arbeit Storch's genauer bekannt geworden. Die senile Demenz mit Herderscheinungen ist nach meinen Untersuchungen für die senile Demenz genau dasselbe, was für die Paralyse die atypische Lissauer'sche Paralyse ist. Es kommt hier zu einer besonders intensiven Lokalisation des senilen Degenerationsprozesses in circumscripten Partien, meist der hinteren Mantelhälfte, oft mit enormem Faserschwund und kolossalem Hydrops der Ventrikel. Der klinische Effekt ist neben den Symptomen der senilen Demenz, häufigen epileptiformen und apoplectiformen Anfällen die Entwicklung ausgesprochener Herdsymptome, verschieden nach der verschiedenen Lokalisation der schwersten Erkrankung. Mit Arteriosclerose des Gehirns haben diese Fälle gar nichts zu thun.

Das starke Hervortreten der Herdsymptome, die in manchen Fällen sehr häufigen Anfälle, könnten um so eher zu einer Verwechselung mit der Arteriosclerose des Gehirns führen, als auch hier die Demenz keine so allgemeine zu sein pflegt, wie bei der klassischen Paralyse, der typischen Dementia senilis.

Und doch ist es möglich, auch hier schon intra vitam zur richtigen Diagnose zu kommen. Die Lissauer'sche Paralyse ist eben doch eine Paralyse, und in keinem Falle, den ich untersucht habe, waren nur einzelne Windungen, sondern stets das ganze Hirn erkrankt, wenn auch die Degeneration in einer umschriebenen Ausdehnung besondere Grade erreichte. So finden wir auch bei der Lissauer'schen Paralyse regelmässig erkennbare Andeutungen der für die Paralyse typischen Verblödungsart. Dazu erhalten wir noch meist aus dem Verhalten der Pupillen, der Sprache, der Patellarreflexe brauchbare Anhaltspunkte.

Bei den Formen der senilen Demenz mit Herderscheinungen zeigen sich in der Regel typische presbyophrenische Symptome, schwere Störung der Merkfähigkeit mit Neigung zu Confabulation, die eigenartige Dissociation des Gedächtnisses, der Orientiertheit, wie sie bei der Arteriosclerose fehlen. Auch die Sprachausfälle dieser atypischen senilen Demenzen sind eigenartig.

Nur noch einige wenige Worte über die arteriosclerotische Epilepsie. Die histologische Untersuchung hat kaum etwas anderes mit grösserer Sicherheit erwiesen, als dass es nicht eine Epilepsie giebt, sondern ganz verschiedene und jedenfalls eine grössere Anzahl von Krankheitsformen, bei denen die mehr oder minder regelmässige Wiederkehr epileptischer Krampfanfälle das auffälligste Symptom unter den Krankheitserscheinungen bildet.

Als durch Arteriosclerose verursacht habe ich bisher zwei Formen kennen gelernt.

Die erste Form möchte ich als die kardiavasale Form bezeichnen. Es treten bei Individuen, die an schwerer Atheromatose des Gefässsystems leiden, meist auch schwerere Herzstörungen zeigen, seltener oder häufiger epileptische Anfälle auf, deren Beziehungen zu den Störungen des Blutkreislaufes augenfällig erscheinen. Im übrigen brauchen erhebliche Ausfälle in psychischer Beziehung nicht zu bestehen; die geistige Regsamkeit, der Interessenkreis der Kranken kann erhalten bleiben.

Seit Naunyn gezeigt hat, dass man durch Kompression der Karotiden bei Individuen, welche an Arteriosclerose leiden, epileptiforme Krämpfe auslösen kann, erscheint die Erklärung naheliegend, dass vorübergehende arterielle Anämie oder venöse Stauung, wie sie durch Arteriosclerose mit Herzkrankheit verursacht werden kann, epileptiforme Krämpfe auszulösen vermag. In einem von mir beobachteten Falle bestand eine enorme Blässe des Gesichts während des Anfalles. Durch Verabreichung von Digitalis sieht man die Krämpfe oft aussetzen und nach Weglassung desselben nach einiger Zeit wiederkehren.

Bei der zweiten Form scheinen die Anfälle im Zusammenhang zu stehen mit arteriosclerotischen Herden. Ein Kranker zeigte nach seinen Anfällen eine Schwäche der rechten Hand und leichte, nur durch genaue Untersuchung zu konstatierende motorisch sensorische Sprachausfälle. Bei der Sektion fanden sich einige arteriosclerotische Herde in der hinteren Centralwindung und dem Scheitellappen links. Im Uebrigen fehlten wesentliche Veränderungen im Gehirn. Diese Fälle also gehören mehr zur Jackson'schen Epilepsie.

Dass die Epilepsie alter Trinker mit der Arteriosclerose im Zusammenhang stehe, wie es neuerdings behauptet worden ist, kann ich nicht bestätigen. Die Alkoholepilepsie scheint mir eher durch spezifische, durch die Alkoholvergiftung verursachte Hirnveränderungen veranlasst zu werden.

Referent weist nochmals darauf hin, in wie vielfacher Weise der arteriosclerotische Degenerationsprozess im Gehirn einzusetzen, und wie vielfache klinische Bilder er zu schaffen vermag. Er hofft bewiesen zu haben, dass die arteriosclerotische Hirnatrophie ein Krankheitsbild ist, das sich bestimmt von anderen Gehirnkrankheiten abtrennen lässt.

Er spricht aber auch die Hoffnung aus, gezeigt zu haben, dass es das Zusammengehen klinischer und anatomischer Untersuchuug ist, das uns hier einige Fortschritte gebracht hat. Man darf wohl erwarten, dass wir auf demselben Wege in manchem noch schwierigen Gebiete einen Schritt vorwärts kommen werden, gerade wie in der somatischen Medizin das Hand-in-Handgehen von pathologischer Anatomie und Klinik die segensreichsten Früchte getragen hat.

Wenn das in der Psychiatrie langsamer geht als dort, so liegt das allein an den viel grösseren Schwierigkeiten, die sich uns durch die Kompliziertheit der histologischen Verhältnisse und der klinischen Erscheinungen entgegenstellen. Schwierigkeiten aber sollten uns nur anreizen.

(Der Vortrag wird durch viele Zeichnungen, Photographieen und Präparate erläutert.) (Autoreferat.)

Diskussion:

Fürstner-Strassburg weist darauf hin, dass nach seiner Erfahrung bei der Entwickelung der Arteriosclerose regionäre Einflüsse eine Rolle spielen; er bekommt in Strassburg z. B. auffallend viele jugendliche Arteriosclerotische zu

Gesicht. Für die klinische Form der Erkrankung kommt es darauf an, ob vorwiegend die Rinde oder das Marklager befallen ist. Er fragt Alzheimer, ob er seine Meinung bezüglich der Ansätze der Spinnenzellen an die Gefässe geändert habe.

Degenkolb-Neustadt bezweifelt, dass die von Alzheimer demonstrierten Bilder von Hyalindegeneration der Gefässwand zur Arteriosclerose gehören; nach Ford Robertson's bekanntem Buche würden sie dessen „hyalin-fibroïder Degeneration“ zuzurechnen sein. Bezüglich des nichtspezifischen Charakters der Arteriosclerose der Paralytiker schliesst er sich A. an.

Haenel-Dresden: Wenn man in den mittleren und grösseren Gefässen die Aufsplitterung der Elastica findet und ausserdem in den kleinsten Gefässen perivaskuläre Rundzelleninfiltrate, ist dann dieser entzündliche Vorgang auch auf Arteriosclerose zurückzuführen, oder muss man annehmen, dass zu der arteriosclerotischen Veränderung sich noch ein encephalitischer Prozess gesellt hat?

Degenkolb-Neustadt: Stärkere Rundzelleninfiltrate kommen bei Arteriosclerose nicht vor, jedenfalls nicht im Beginn und bei diffuser Erkrankung. Finden sich solche intraadventitiellen kleinzelligen Infiltrationen, so sind stets infektiöse oder toxische Krankheitsursachen im Spiel.

Alzheimer: Was die dreieckigen Füsschen anbetrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die einfache Protoplasmasubstanz der Spinnenzellen mit der Gefässwand in den nächsten Beziehungen steht; die abgeschiedenen Gliafasern lassen sich aber meist leicht davon differenzieren. Letztere legen sich um das Gefäss und umscheiden es. — Mit Urteilen, wie: Das kommt nicht vor, rät er in der Gehirnpathologie möglichst vorsichtig zu sein; er hat selber unter gewissen Umständen kleinzellige Infiltration der allerstärksten Art gesehen, glaubt aber allerdings auch, dass diese zur Arteriosclerose als solcher nicht gehört; wenn sie vorkommt, muss man daran denken, dass noch etwas anderes mitspielt. Hüten muss man sich vor einer Verwechslung mit Wucherung der Adventitiazellen.

141) **Hoche**-Strassburg. Referat: Vorschläge für Schaffung einer statistischen Centralstelle.

Die Vorschläge, die ich zu machen gedenke, dienen dem Zwecke, systematisch und im grossen Massstabe Beweismaterial herbeizuschaffen für die zahlreichen und verschiedenartigen Missstände, mit denen die irrenärztlichen Bestrebungen zum Besten der Geisteskranken allerorts zu kämpfen haben.

Es wäre ein müssiges Geschäft, in dieser Versammlung ausführlich auf die mannigfachen irrenärztlichen Beschwerdepunkte einzugehen; einem Jeden von uns drängen sie sich täglich von neuem auf; ich will nur Einiges berühren, was mit meinen Vorschlägen in näherer Beziehung steht. — Einem unbefangenen Beobachter, der nicht, wie wir, durch die lange Gewohnheit abgestumpft wäre, müsste Eines sehr auffallen: die ganz abnorme Stellung, welche die Irrenärzte in der öffentlichen Meinung einnehmen, eine Stellung, für die wir bei keiner anderen Berufsart eine Parallele finden. Die Oeffentlichkeit, soweit sie durch das Publikum, einen Teil der Presse und die Mitglieder unserer Parlamente repräsentiert wird, trifft sich den Irrenärzten und ihrem Thun gegenüber in einer ziemlich einheitlichen Auffassung, die sich im Einzelnen auf der Linie von völliger Verständnislosigkeit bis zum offenen Misstrauen bewegt. Der Ver-

ständnislosigkeit begegnen wir bis in die Kreise hinein, bei denen man sie billigerweise nicht sollte befürchten müssen; das Misstrauen, mit dem wir beehrt werden, gilt nicht allein unserem Können und Wissen, sondern ebenso sehr unserer Gesinnung, unseren Motiven, und es hat für den Kenner der Verhältnisse etwas Tragikomisches, wenn von diesem Standpunkte aus in gesetzgebenden Körperschaften in aller Selbstverständlichkeit und Harmlosigkeit über Massregeln diskutiert wird, die geeignet sein sollen, wie es dann heisst: „das Publikum vor den Irrenärzten zu schützen.“ Diese Auffassung gilt als so natürlich, dass bei solchen parlamentarischen Verhandlungen vielleicht vom Regierungstisch, nicht aber aus der Versammlung heraus auf irgend ein Wort der ruhigen Vernunft oder der Abwehr zu rechnen ist. Ihr natürliches Echo finden diese Dinge dann in der Presse, von der ein Teil mit grosser Bereitwilligkeit jeder den Psychiatern unfreundlich gesinnten Darstellung die Spalten zu öffnen pflegt, nicht in böser Absicht, sondern in dem auf die bekannten Vorurteile gestützten Glauben, damit eine öffentliche Mission zu erfüllen.

Wir Irrenärzte selbst könnten alles dieses wohl ertragen, und die Geschichte der Irrenheilkunde ist ein lebendiger Beweis dafür, dass Verkennung und Uebelwollen die Vertreter unserer Wissenschaft niemals müde oder unsicher in ihren Bestrebungen gemacht hat; das Schlimme ist aber, dass die allgemeine Auffassung an allen Ecken und Enden ein dauernder Hemmschuh wird bei Verwirklichung der notwendigen täglichen Massregeln zum Besten der Geisteskranken ebenso wie alle weitergehenden Forderungen für Zukünftiges. Diejenigen, die leichten Herzens in der Presse und von der Tribüne des Reichstages herunter in systematischer Weise die Saat des Misstrauens gegen die Irrenanstalten und die in ihnen arbeitenden Aerzte ausstreuen und pflegen, haben keine Ahnung davon, welche Verantwortung sie damit auf sich laden. Das gedruckte Wort, namentlich wenn es oft genug wiederholt wird, übt sicher seine Wirkung; alte, weit verbreitete Vorurteile, das Bedürfnis nach Sensation bereiten den Boden, auf dem jene Saat reichlich aufgeht, und so kommt es, dass bis weit in die sogenannten gebildeten Kreise hinein Vorstellungen über Geisteskrankheiten und Irrenärzte von einer geradezu finsteren Rückständigkeit die Herrschaft ausüben und die Entschliessungen gegebenenfalls massgebend bestimmen.

Den Schaden tragen in erster Linie die Kranken.

Die Kosten der systematischen Aufhetzung zahlen die Fälle, die wegen der Scheu der Familie vor dem Worte „Anstalt“ zu spät oder gar nicht zur Aufnahme gelangen, oder zu früh, ungeheilt wieder herausgenommen werden; es zahlen sie Staat und lokale Verbände in der vermehrten finanziellen Belastung durch die Pflege unheilbar Gewordener; es kommt auf dieses Konto ein grosser Teil der Fälle von Selbstmorden mit oder ohne Tötung von Angehörigen, Fälle von schwerer Körperverletzung durch Geisteskranke, schwere soziale und finanzielle Schädigungen der Familie — kurz alle die dem Irrenarzte nur zu gut bekannten Ereignisse, die jeder von uns in kurzen Zwischenräumen immer wieder erlebt, und die, wenn sie systematisch gesammelt würden, in ihrer Gesamtheit ein Bild geben würden, das dem Gefolge der bekannten Agitatoren mit ihren paar unbewiesenen, alljährlich wiederkehrenden Fällen von angeblich widerrechtlicher Freiheitsberaubung u. s. w. doch vielleicht zu denken geben würde.

Die durchschnittlich grundfalsche Auffassung vom Wesen der Geistesstörungen, wie sie auch bei den gebildetsten Laien vorherrscht, übt noch an einer anderen Stelle ihre verderbliche Wirkung aus, in der — Rechtspflege. Ich selbst bin, wie ich mehrfach bekundet habe, weit davon entfernt, alle bei der Berührung von Rechtspflege und Psychiatrie sich ergebenden Misshelligkeiten den Juristen allein zur Last zu legen; ich bin der Meinung, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein guter Sachverständiger den ihm zukommenden Einfluss ausübt. Dazu ist aber vor allem notwendig, dass überhaupt ein Sachverständiger zugezogen und um seine Meinung gefragt wird. Noch immer zeigt die Statistik alljährlich eine erschreckende Zahl von Verurteilungen von Geisteskranken und Schwachsinnigen, die zum grösseren Teile von keinem Arzte untersucht worden sind deswegen, weil dem Richter entweder an dem Betreffenden nichts Abnormes auffiel, oder weil er sich selber genügend kompetent erschien zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Eine bessere psychologische Schulung der Juristen ist deswegen eine Forderung, in der sich alte Wünsche der Irrenärzte mit stellenweise sehr lebhaft geäusserten neuen Wünschen einzelner Strafrechtslehrer begegnen. Bei dem passiven Widerstande, den bis jetzt die Mehrzahl der Juristen, auch der juristischen Fakultäten, noch leistet, da sie bei ihrer Ausbildung sich der Mängel an psychologischer Schulung nicht bewusst werden, wäre es notwendig, eine intensive Sammlung von allem in diese Kategorie gehörigen Materiale vorzunehmen. Mit einzubeziehen wären dabei, soweit dies ausführbar ist, die militärischen Verhältnisse mit ihren zahlreichen Bestrafungen und Selbstmorden verkannter Geisteskranker und Schwachsinniger. Besonderer Beachtung bedürfen weiter alle diejenigen Fälle, bei denen sachlich wohlbegründete ärztliche Gutachten ignoriert worden sind. Zu sammeln sind dann solche Fälle, die Beweismaterial abgeben für die Notwendigkeit der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Eingehend zu prüfen sind endlich diejenigen Vorkommnisse, die in kurzen Zwischenräumen den Zeitungsleser erschrecken, die Fälle von Internierung oder Entmündigung angeblich Geistesgesunder und dergleichen. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie oft dem Einzelnen bei Lektüre der Tagespresse Notizen aufstossen, die die bisher berührten Punkte betreffen, so kann man sich eine Vorstellung davon machen, was bei einer möglichst vollständigen Zusammenstellung von allem hierher gehörigen im Laufe eines Jahres zusammenkommen würde.

Zur Erreichung dieses Zweckes bieten sich verschiedene Wege. Von der amtlichen Statistik und den Anstaltsberichten dürfen wir nicht allzuviel erwarten; ausschliesslich auf freiwillige Mitwirkung der deutschen Irrenärzte liesse sich eine vollständige Sammlung nicht aufbauen; die Lust zu solchen Nebenleistungen pflegt nach einiger Zeit einzuschlafen. Am meisten Aussicht bietet die systematische Benutzung der Tagespresse mit Hilfe eines der litterarischen Centralbureaus, die alle über ein bestimmtes Thema im Bereich von ganz Deutschland erscheinenden Notizen (gegen Bezahlung) zusammenstellen. Bei der heutigen Art der Publizistik kann man mit ziemlicher Sicherheit darauf rechnen, dass kein Fall von Selbstmord, namentlich wenn er mit Tötung von Angehörigen verbunden ist, kein Attentat Geisteskranker, keine angeblich widerrechtliche Freiheitsberaubung oder Entmündigung, keine strafrechtliche Ver-

handlung bei der psychiatrische Sachverständige mitwirkten, namentlich wenn gegen ihr Gutachten entschieden wurde, dem Schicksal entgeht, in der Presse besprochen zu werden.

Alle solche Notizen würden an eine Centralstelle einzusenden und von dort aus weiter zu bearbeiten sein; diese Bearbeitung würde darin zu bestehen haben, dass in jedem Falle versucht wird, mit Hilfe der dem Ereignis lokal am nächsten wohnenden Irrenärzte über die Thatsachen Authentisches zu erfahren, was in der Mehrzahl der Fälle möglich sein dürfte; über das gesamte Material wäre dann alljährlich, z. B. auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte, in Berichtsform Rechenschaft abzulegen; das Material sollte dann weiterhin in Brochürenform für die Oeffentlichkeit, Presse, Parlamente u. s. w. und auch für die Regierungen zur Instruktion dienen. Es ist garnicht zweifelhaft, dass die intelligente Presse die beste Bundesgenossin der irrenärztlichen Bestrebungen werden wird, sobald sie durch die Ergebnisse unserer Sammlung von der Richtigkeit unserer Klagen überzeugt sein wird. — Wenn Sie mich fragen, warum ich gerade jetzt mit diesem Projekte komme, so könnte ich antworten, dass es damit immer zu spät, niemals aber zu früh sein kann. Es existiert aber noch ein direkt drängender Grund: die über kurz oder lang zu erwartende reichsgesetzliche Regelung aller mit dem Irrenwesen zusammenhängenden Dinge, speziell die einheitliche Regelung des Aufnahmeverfahrens. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Wünsche der eigentlich Sachverständigen, der Irrenärzte, bei solchen gesetzlichen Festlegungen keineswegs immer auf das notwendige Maass von Berücksichtigung rechnen können. Häufig sind wir auch zu uneinig gewesen, oder überhaupt zu spät aufgestanden, um die sachlichen Notwendigkeiten mit dem erforderlichen Nachdruck vertreten zu können. Kommt es in nächster Zeit, solange die jetzige Stimmung den Irrenärzten gegenüber im Publikum und Parlament besteht, zu einem Reichsgesetz, so können wir mit Sicherheit darauf rechnen, dass nichts Besseres kommt, als wir es jetzt haben, dass, ganz im Gegenteil, sehr bedenkliche und gefährliche Zustände für lange Zeit gesetzlich fixiert werden können. Da erscheint es nun als ein nützliches Vorgehen, dass vom Vereine deutscher Irrenärzte aus etwas Einheitliches geschieht, nicht Lamentationen oder Proteste, sondern eine positive Leistung, Beschaffung eines erdrückenden Beweismaterials über die Ausdehnung und Art der Missstände, die zu beklagen sind, und zwar eine baldige Beschaffung, ehe es wieder zu spät ist.

Die Aussichten, die Gesamtheit der deutschen Irrenärzte zu grösserer Einheit zusammen zu knüpfen, sind ja heute besser als je; die Vollendung der deutschen Rechtseinheit nötigt uns wenigstens auf gewissen Gebieten zu einer gemeinsamen Sprache, und die Einführung des Staatsexamens wird weiter die Nötigung abgeben, durch weise Beschränkung des Einzelnen in klassifikatorischer Hinsicht eine Verständigung anzubahnen auf den Gebieten, in denen heute noch die bedauerliche Sprachverwirrung herrscht. —

So bitte ich die Versammlung, diesem Projekte, in dem nichts Trennendes, sondern nur Gemeinsames enthalten ist, ihre Zustimmung zu geben; ich bitte Sie weiter, die Wahl der Persönlichkeiten für die geplante statistische Kommission vorzunehmen und den erforderlichen Kredit (300 M.) zu gewähren.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Pelmann-Bonn schlägt vor, aus dem Vorstande des Vereins Fürstner in die Kommission zu wählen.

Siemens-Lauenburg rät, auf das Material der Psychiater nicht von vornherein zu verzichten.

Jolly-Berlin schlägt den Namen „statistische Kommission“ vor.

Es wird daraufhin durch Abstimmung beschlossen: Die Versammlung erklärt ihre prinzipielle Zustimmung zu dem vorgetragenen Projekte und bewilligt für das laufende Jahr einen Kredit von 300 Mk. Als ausführendes Mitglied der statistischen Kommission wird der Vortragende gewählt, mit dem Rechte, weitere Mitglieder nach Massgabe der sich ergebenden Anforderungen zu kooptieren. Vom Vorstande wird Herr Fürstner der Kommission angehören, dessen Votum vor allen in die Oeffentlichkeit führenden Schritten zu hören ist. —

(Fortsetzung folgt.)

III. Bibliographie.

LIX) **Richard Cassirer**: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin, S. Karger 1901. 609 S.

Unter vasomotorisch-trophischen Neurosen versteht Cassirer Symptombilder, die sich wesentlich aus Störungen der Vasomotilität, Trophik und Sensibilität zusammensetzen. Es geht schon aus diesen wenigen Worten hervor, dass der Titel dem Inhalt nicht ganz gerecht wird; indessen muss der Name vorläufig beibehalten bleiben, so lange kein besserer vorhanden ist, und die beigegebene Erläuterung lässt ja schliesslich erkennen, welche Krankheitsbilder hier zur Besprechung gelangen werden.

Verdienstlicher Weise sucht Verf. das schwierige Gebiet dieser Erscheinungen der Erkenntnis näher zu bringen, indem er eine längere physiologisch-anatomische Einleitung vorausschickt.

Es kann niemals Aufgabe eines Referates sein, den Inhalt eines zu besprechenden Buches so ausführlich zu bringen, dass der Leser der Lektüre des zugrundeliegenden Werkes nunmehr gänzlich überhoben ist; es soll nur dargethan werden, was des Interessenten harrt, wenn er sich die Mühe nimmt, das Original durchzustudieren. Mag zwar sonst recht häufig der Verlust nicht allzugross sein, wenn man einen erheblichen Teil der gefährlich anschwellenden neurologischen Litteratur nicht originaliter geniesst, so liegt hier die Sache, wie ich vorweg bemerken will, doch wesentlich anders; man wird nicht oft Bücher finden, die in gleicher Weise, wie die „Vasomotorisch-trophischen Neurosen“ eigenes Nachdenken und mühevollen Sammelfleiss zu einem gelungenen Ganzen vereinigen.

Die Anatomie und Physiologie der vasomotorischen Bahnen und Centren ist noch ein ausserordentlich unklares und streitiges Gebiet; als Extrakt der recht zahlreichen Versuche zur Klarstellung dieser Frage ergiebt sich nach Cassirer zunächst, dass das vasomotorische Centrum in der medulla oblongata entsprechend einem grossen Teile des IV. Ventrikels liegt und die Leitungsbahnen in den Seitensträngen bezw. den Vorderseitensträngen verlaufen. Klinische

Erscheinungen und Versuchsreihen haben indessen gezeigt, dass auch corticale, subcorticale (grosse Ganglien) und spinale Centren und entsprechende Bahnen vorhanden sind, so dass bei dem Vasomotorensystem mindestens vier übereinanderliegende Teile anzunehmen sind.

Physiologisch sind zwei Arten von Bahnen und Centren zu unterscheiden: Vasodilatatoren und Vasoconstrictoren. Da es feststeht, dass bei Ausfallserscheinungen durch vicarierendes Eintreten untergeordneter Centren sehr bald ein Ausgleich eintritt, so lassen lang dauernde Störungen eher auf einen Reizzustand, denn auf Lähmung schliessen.

Nach einer kurzen Besprechung der Anatomie und Physiologie der sekretorischen Bahnen und Centren, aus der wir ersehen, dass auch auf diesem Gebiet noch wenig Klarheit besteht, geht dann Verf. zu den trophischen Funktionen des Nervensystems über. Die von Schiff und Brown-Séquard aufgestellten vasomotorischen Theorien sind nicht einwandsfrei, es muss aber zugegeben werden, dass cirkulatorische Veränderungen die nervös trophischen Veränderungen unterstützen können. Es unterliegt auch keinem Zweifel, dass die Frage, ob in Geweben nutritive Störungen vorkommen, die als direkt abhängig von bestimmten Störungen irgend eines Teiles des Nervensystems anzusehen sind, bejaht werden muss. Nun erhebt sich die Frage, ob besondere trophische Bahnen und Centren bestehen; entgegen Samuel ist Cassirer der Ansicht, dass solche weder klinisch noch experimentell sichergestellt sind. Welche Störungen vorliegen müssen, um die Trophik zu verändern, ist vielfach Gegenstand von Erörterungen gewesen, doch genügt keine der dargebotenen Theorien — Veränderung des nervösen Einflusses — Reizzustand — reflektorische Reize — zur Erklärung. Die weitere Erörterung geht darauf hin, festzustellen, wie weit und in welcher Form die einzelnen Gewebe dem trophischen Einfluss des Nervensystems unterliegen. Es gelingt Cassirer zu zeigen, dass man auch jenseits von Neuron- und Zellgittertheorie zu einer brauchbaren Grundlage für die weitere Erörterung kommt und ich füge hinzu, dass dieser Teil des Buches ausserordentlich gelungen ist und sich durch eine besondere Klarheit und flüssige Diction auszeichnet. Speziell die Frage, in welchem Abhängigkeitsverhältnis die Ernährung der Muskulatur vom Nervensystem steht, wird eingehend behandelt und sodann die Trophik auch der übrigen Gewebe — Sehnen, Gefässe, Knochen, Haut — behandelt und folgende Leitsätze entwickelt: Der experimentelle Nachweis der Abhängigkeit der Hauternährung von Reizung oder Durchschneidung peripherer Nerven ist nicht einwandsfrei erbracht. Aus klinischen und anderen Erwägungen heraus ist die Annahme berechtigt, dass für den nervösen Einfluss auf die Ernährung der Haut und der unter ähnlichen Bedingungen stehenden Gewebe die sensible und die vasomotorische Leitungsbahn zur Verfügung stehen.

Wenn von einer Ernährungsstörung der Haut gesagt werden soll, ob sie neurotrophisch bedingt ist oder nicht, so muss zunächst festgestellt werden, ob andere Symptome da sind, von denen sie abhängig gemacht werden kann.

Es führt eher die pathologische Veränderung der Innervation als die völlige Aufhebung derselben zu Ernährungsstörungen.

Im speziellen Teile gelangen zur Besprechung:

die Acroparästhesieen und die verwandten Zustände,
die Erythromelalgie,

die Raynaud'sche Krankheit und die verwandten Zustände,
die Sklerodermie,
das acute umschriebene Oedem,
die multiple neurotische Hautgangrän.

Die Schwierigkeiten einer Darstellung solcher Krankheitsbilder, die zum Teil viel gemeinsame Symptome haben, dürfen nicht verkannt werden; besonders schwierig erscheint es, ohne unterstützende Abbildungen die Erscheinungen so darzustellen, dass der Leser gewissermassen ein plastisches Abbild der einzelnen Krankheitsform erhält, die es ihm möglich macht, eigene Beobachtungen nun auch richtig zu klassifizieren.

Mir scheint, dass dieser Aufgabe hier in vollem Masse Genüge geschehen ist und dass etwaige Mängel eher dem spröden Stoffe zuzuschreiben sind, vielleicht aber auch dem Bestreben, zu vollständig zu sein und nichts unregistriert zu lassen; vielleicht wäre die Darstellung noch klarer und übersichtlicher geworden, wenn wenigstens in der Besprechung der Diagnose jeder einzelnen Krankheitsform etwas weniger Einzelbeobachtungen angeführt wären.

Was die verschiedenen Krankheitsbilder anbetrifft, so finden zunächst die Acroparästhesieen ihre Besprechung. Sie werden als Schultze'scher und Nothnagel'scher Typus unterschieden und zwar stellt jene eine sensible Neurose dar, diese einen vasomotorisch-sensiblen Symptomenkomplex; die Differentialdiagnose hat zu beachten, dass ausser den Spitzenparästhesieen, den Schmerzen und geringen, meist nicht auf bestimmte Nervengebiete verteilten Sensibilitätsstörungen, auch objektiver Natur, andere Symptome fehlen; für die Nothnagel'sche Form kämen noch vasomotorische Symptome in Betracht. Zu beachten ist ferner das Verhältnis dieser Erkrankung zu den allgemeinen Neurosen.

So häufig die Acroparästhesieen zur Beobachtung kommen, so selten ist das bei der Erythromelalgie der Fall; ob zwar der Name bereits das Wesentliche der Symptome giebt: Schmerzhaftigkeit und Röte an den Gliedern, so ist der Begriff damit keineswegs vollkommen erschöpft; es treten noch dystrophische Prozesse hinzu. Im Gegensatz zu manchen Beobachtern hält Cassirer an der nervösen Genese der Erythromelalgie fest und führt sie auf Reizzustände in den peripheren Nerven mit besonderer Bevorzugung vasomotorischer Fasern zurück; indessen muss von den peripheren Formen noch eine Gruppe abgesondert werden, bei der sich vasomotorisch-trophische, sensible und sekretorische Symptome vereinen. Hier handelt es sich um eine centrale Neurose mit spinalem oder bulbärem Sitz. Bezüglich der Differentialdiagnose u. s. w. verweise ich auf das Original und wende mich zu Cassirer's Besprechung der Raynaud'schen Krankheit. Die Hauptzüge dieses interessanten Krankheitsbildes bestehen aus anfallsweise auftretender Blutlosigkeit, Syncope locale, an welche sich als zweites Stadium eine livid-cyanotische Verfärbung der Finger oder auch anderer symmetrisch gelegener Acra anschliesst. Die vasomotorischen Störungen können auch gleichzeitig bestehen, so dass ein Finger etwa Syncope zeigt, ein anderer Asphyxie. Unter Parästhesieen und Schmerzen löst sich der Anfall. Unter anderen Fällen kommt es alsdann zu Erscheinungen einer symmetrischen Gangrän, die in wechselnder Weise verteilt sein kann, und von geringen Graden bis zu grösseren Verstümmelungen führen kann, und zwar meist durch trockene Mortifikation. Mit Recht giebt Cassirer an, dass bei

sehr ausgedehnten Substanzverlusten die Diagnose schwierig sein kann, so in den aus der Litteratur angeführten Fällen von Barlow, Spillmann, Hauptmann, bei denen ganze Gliedabschnitte der Gangrän anheimfielen.

Dieses skizzierte typische Bild der Raynaud'schen Krankheit zeigt nun mannigfache Varietäten durch Fehlen einzelner Symptome oder durch Hinzutreten neuer Symptome: Schwellungen, Echymosen u. s. w. Wichtig ist, dass die trophischen Veränderungen sklerotischer und auch acromegalischer Natur sein können. Es sei noch erwähnt, dass unter dem Namen der Raynaud'schen Krankheit in der Litteratur auch Fälle kursieren, die nicht dazu gehören. Ueberhaupt ist die Differentialdiagnose hier ein recht schwieriges Kapitel, dessen Darstellung aber dem Verfasser durchaus gelungen ist.

Recht interessant sind die pathologisch-anatomischen Fragen, d. h. nicht die der nekrotischen Teile, da die Befunde bei Gangrän zu bekannt sind. Wichtig ist die Feststellung der Befunde am Centralnervensystem, an den peripheren Nerven, an den Gefässen. Obgleich Befunde klinisch gut beobachteter Fälle vorliegen, so besteht doch keine vollkommene Sicherheit, oder doch nur eine solche in negativem Sinne, insofern gewiss keine groben Veränderungen des Centralnervensystems und des Gefässapparates die Grundlage der Raynaud'schen Krankheit bilden können. Die Degeneration peripherer Nerven, die in manchen Fällen gefunden wurde, in anderen Fällen von sicherer Raynaud'scher Gangrän aber vermisst wurde, ist nur als sekundäre Erscheinung zu betrachten, oder als eine der Gangräne coordinierte Erscheinung.

Unter den vorgeschlagenen Theorien hat die neuritische viele Anhänger gefunden; Cassirer hält sich indess für berechtigt, ein centrales nervöses Leiden anzunehmen.

Nun lehrt die weitere Beobachtung, dass sich eine Anzahl von Fällen findet, die weder in den Rahmen der Raynaud'schen Krankheit passen, noch sich unter die andern bekannten Formen subsumieren lassen; so beschreibt Cassirer einen Fall, bei dem (19jährige Schlächtermamsell) sich ziemlich rasch progressiv eine Acrocyanose entwickelt mit konstanter Sensibilitätsstörung: die sehr genaue Krankengeschichte möge im Original nachgelesen werden; ein zweiter sehr ähnlicher Fall ist von Nothnagel beschrieben worden; diese Fälle unter den Raynaud'schen Symptomenkomplex zu rangieren, geht nicht an, ganz besonders, da die paroxysmale Entwickelung fehlt. Wäre die Zahl der beobachteten Fälle grösser, so würde Cassirer sich nicht besinnen, sie von der Raynaud'schen Form zu trennen. Er schlägt vor, sie zunächst symptomatologisch als Acrocyanosis chronica anästhetica oder hypästhetica zu bezeichnen.

Eine weitere Anzahl von Fällen zeigt neben der chronisch sich entwickelnden Asphyxie noch trophische und zwar hypertrophische Störungen, die sie der Acromegalie sehr ähnlich erscheinen lassen; und in der That hat C. in der Litteratur solche Fälle als Acromegalie verzeichnet gefunden, während ganz wichtige Symptome fehlten.

Für diese Fälle passt der Titel „Acroasphyxia hypertrophica."

In allen diesen Formen ist das wesentliche sie von der Raynaud'schen Krankheit scheidende, die chronisch progrediente und dann dauernd bleibende Form der vasomotorischen Symptome. Deshalb müssen auch die Formen abgetrennt werden, die mit atrophischen Störungen einhergehen.

Ich führe nur diese Beispiele atypischer Formen aus C.'s Anhang zur Raynaud'schen Krankheit an und verweise bezüglich weiterer auf das Original.

Bei der Besprechung der Raynaud'schen Krankheit ist bereits darauf aufmerksam gemacht, dass sie viele Beziehungen zu der Sklerodermie hat. C. bespricht diese hauptsächlich in ihrer Form als Sklerodaktylie. Das häufige Ergriffensein der tiefer liegenden Gewebsteile, der Sehnen, Fascien, Muskeln, Knochen, Gelenke, die sehr häufig begleitenden erheblichen vasomotorischen, sensiblen, trophischen Störungen mit einen vom Sklerodermatischen abweichenden Typus, rechtfertigen die gesonderte Besprechung der Sklerodactylie. Aus der auch hier wieder sehr eingehend behandelten Diagnostik möchte ich als besonders wichtig und beachtenswert die Abgrenzung gegen den progressiven halbseitigen Gesichtsschwund hervorheben und namentlich auf die an die Betrachtung dieses Krankheitsbildes geknüpften Erörterungen bezüglich der Genese hinweisen. Für den Praktiker wichtig sind unter anderem auch die Beobachtungen gewisser Hautveränderungen an den Händen, die sich an Gelenkrheumatismus anschliessen.

Ich habe bisher die Therapie ausser Acht gelassen und möchte an dieser Stelle erwähnen, dass C. auch diesem Kapitel durchaus Beachtung geschenkt hat und alles Wissenswerte bei jeder Krankheitsform berichtet. Wenn trotzdem dieser Teil bei dem Leser ein gewisses Gefühl von Unbefriedigtsein erregen sollte, so liegt die Schuld sicher auf Seiten des ziemlich undankbaren Gegenstandes, und nicht nur auf dem Gebiete der vasomotorisch-trophischen Neurosen kommt es vor, dass der eine Behandlungsmethoden rühmt, die den andern völlig im Stiche lassen; so war es wohl das Gegebene, dass Verf. ohne allzuviele Kritik sich mehr referierend verhielt.

Das akute umschriebene Oedem, welches alsdann zur Besprechung gelangt, ist, wie C. angiebt, keine sehr seltene Krankheit; aus der Litteratur liessen sich 160 sichere Fälle sammeln. Obgleich schon vor Quincke andere Autoren einschlägige Fälle beobachtet haben, so führt das Leiden auch den Namen „Quincke'sche Krankheit". Dieser beschrieb sie folgendermassen: In der Haut und im Unterhautzellgewebe treten an umschriebenen Stellen ödematöse Schwellungen von 2—10 cm Durchmesser auf, am häufigsten werden die Extremitäten befallen, besonders in der Umgebung der Gelenke, aber auch Rumpf und Gesicht sind beteiligt. Die Schwellungen scheinen nicht scharf abgegrenzt zu sein, die normale Hautfarbe ist nicht wesentlich verändert, es besteht Spannung und Jucken. Auch die Schleimhäute können befallen sein, Lippen, Gaumensegel, Magen- und Darmschleimhaut. Die Schwellungen vergehen und entstehen rasch, im Verlauf von Stunden, höchstens Tagen, aber recidivieren sehr oft. Das Allgemeinbefinden pflegt wenig gestört zu sein. Das Leiden zeigt enge Beziehungen zur Urticaria.

Cassirer belehrt uns ausführlich über Vorkommen, Aetiologie; manchmal lässt sich direkte Heredität nachweisen, aber auch ungleichartige kommt vor (Migräne in der Ascendenz). Der Einfluss von Verdauungsstörungen ist in seltenen Fällen nachgewiesen. Interessant ist das Vorkommen flüchtiger Oedeme bei organischen Nervenleiden und bei Neuropathien; Cassirer betont indessen ausdrücklich, dass eine neuropathische Diathese oder Belastung keineswegs eine conditio sine qua non für das Auftreten des acuten umschriebenen Oedems ist.

Bezüglich der Beschreibung der Symptome, Komplikationen, verweise ich

auf das Original und gebe nur als wichtig noch an, dass sich Zweifel erhoben haben, ob es sich hier um ein selbständiges Leiden handelt.

Cassirer bejaht das, glaubt indessen zwei Gruppen unterscheiden zu müssen: 1. Fälle, die auf toxischem, autotoxischem, infektiösem Wege entstanden, acut einsetzen und verlaufen, ohne Neigung zu Recidiven, sofern diese nicht durch die gleiche Schädlichkeit veranlasst werden; sie stehen der Urticaria und der Purpura nahe und zeigen oft Züge dieser Affektionen. 2. Fälle, wo eine direkte oder indirekte Heredität vorliegt, wo nervöse Züge im Krankheitsbild stark vorherrschen, wo die Anfälle unabhängig von äusseren Verhältnissen mit fatalistischer Regelmässigkeit und Bestimmtheit wiederkehren.

Wir kommen nunmehr zum letzten Kapitel, das die „multiple neurotische Hautgangrän" zum Gegenstande hat. Einige Beobachtungen in der Litteratur betreffen Krankheitsbilder, deren hauptsächliches Symptom eine multiple Gangränbildung war, die sich weder aus dem Zustand des Gefässsystems, noch dem der allgemeinen Ernährung, noch aus einer bakteriellen Invasion genügend erklärte.

Französische Forscher waren es hauptsächlich, die diese Form lediglich als der Hysterie zugehörig bezeichneten; demgegenüber betont Cassirer, dass dies durchaus nicht für alle Fälle bewiesen sei; es führte das zu der zweiten Frage, ob diese eigentümliche Gangrän nicht auf Artefakte zurückzuführen sei, eine Ansicht, die von Billroth durchaus vertreten wurde.

Cassirer meint, dass auch bei grösster Vorsicht in der Beurteilung und schärfster Kritik noch einige sichere Fälle von multipler neurotischer Hautgangrän übrig bleiben, die nicht als hysterisch oder durch Artefakt bedingt aufgefasst werden dürfen. Auffälligerweise war in 9 von 13 Fällen ein Trauma vorangegangen, Verbrennungen, Aetzungen etc.

Zwischen Trauma und dem Auftreten der Gangrän lagen verschiedene Zeiträume, Tage, Wochen, ein Monat, aber auch Jahre. Es giebt aber auch typische Fälle ohne traumatische Ursache.

Das hauptsächliche Charakteristikum der Affektion ist das Auftreten kleiner, multipler, neurotischer Herde in der Haut, ohne dass der Allgemeinzustand oder bakterielle Invasion die Nekrosen erklärt. Aus den oben gegebenen Andeutungen, die ich nicht weiter ausführen will, kann man bereits die Schwierigkeiten der Diagnose entnehmen. Wenn je, so muss in diesen Fällen die Diagnose per exclusionem gestellt werden.

Aus den bei Besprechung der Pathogenese angestellten Erwägungen zieht C. den Schluss, dass die multiple neurotische Gangrän keine Krankheit sui generis ist, sondern ein unter verschiedenen Bedingungen sich findender Symptomenkomplex.

Auch die Form der Gangrän, die wir mit Wahrscheinlichkeit als neurogene bezeichnen können, sind nicht einheitlicher Natur.

Ich möchte hiermit die Besprechung der vasomotorisch-trophischen Neurosen schliessen. Hoffentlich ist es mir gelungen, in dem beschränkten Raum eines Referates wenigstens anzudeuten, welches reichhaltige Material in dem Buche gesichtet und kritisch verarbeitet ist. Insbesondere werden die vasomotorisch-trophischen Neurosen ein Nachschlagewerk sein, aus welchem man sich über zweifelhafte Fälle derart ausreichende Information holen kann; aber

auch von diesem speziellen Zwecke abgesehen, wird die Lektüre des Buches belehrend und genussreich sein. G. Flatau (Berlin).

LX) **Herz**: Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Berlin und Wien 1902. 123 Ss.

Der Verf. beschäftigt sich in seinem Buche mit den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates, d. h. mit denjenigen funktionell-nervösen, in einzelnen Körperteilen auftretenden Cirkulationsstörungen, die durch eine übergrosse Labilität der Regulationsapparate des peripheren Kreislaufapparates bedingt sind, und bei denen das Gleichgewicht der Gefässaktion von Einflüssen gestört wird, die unter normalen Bedingungen von geringer oder gar keiner Wirkung sind. Er hat für diesen Zustand den von Solis Cohen vorgeschlagenen Namen vasomotorische Ataxie acceptiert, den ich nicht für gut gewählt halte, da er viel zu viel präjudiziert. Verf. bespricht zunächst die Bedingungen des peripheren Kreislaufes und räumt dabei auf Grund seiner allgemein-pathologischen Anschauungen, die sich an Rosenbach's Forschungen anschliessen, dem Gewebe selbst eine grosse Rolle ein, das nicht nur Stoffe an sich zieht, sondern das auch den Blutstrom reguliert, indem es je nach Bedürfnis aktiv seine Interstitien erweitert und verengt und damit Widerstände fortschafft oder verstärkt, welche für die örtlichen Kreislaufsverhältnisse vielleicht von noch grösserer Bedeutung sind, als für die allgemeinen. Von dieser sehr bemerkenswerten und anregenden Hypothese macht Verf. freilich vielfach einen etwas weitgehenden Gebrauch. Verf. betont, dass die Krankheitszustände, die er beschreibt, sonst so auffällig wenig Berücksichtigung gefunden hatten, trotzdem sie sehr häufig und deshalb von grosser praktischer Wichtigkeit seien. Auch in dem Buch des Ref. wäre die vasomotorische Ataxie nur gestreift worden. Das hat aber doch wohl einen anderen Grund, als Verf. annimmt; diese nervösen vasomotorischen Störungen sind gewiss anderen Autoren sowohl wie auch mir in ihrer Bedeutung und Häufigkeit nicht gar so unbekannt gewesen, aber ihre Zusammenfassung zu einem einigermassen einheitlichen Krankheitsbilde ist bisher nirgends sonst (Solis Cohen ausgenommen) ausser von dem Verf. versucht und durchgeführt worden. Aber das ist gerade der Punkt, gegen den sich meine durchgreifenden und prinzipiellen Bedenken bei dem Herz'schen Buche richten. Es scheint mir darin eine in vieler Beziehung sehr ausgezeichnete und schöne allgemeine Symptomatologie gewisser funktionell nervöser Kreislaufsstörungen gegeben zu sein, deren periphere Natur allerdings häufig höchst zweifelhaft ist; aber eine schärfere Umgrenzung eines Krankheitsbildes, das man als vasomotorische Ataxie oder sonstwie anders zu bezeichnen hätte, ist nicht gegeben, kaum versucht. Die vom Verf. geschilderten vasomotorischen Störungen sind häufig Symptome einer Neurasthenie, oder sonstiger allgemeiner Neurosen, andermal Symptome von Gefässkrankheiten, in anderen Fällen wieder zeigen sie eine grössere Selbständigkeit; das sind unter anderem die, die wie Verf. selbst hervorhebt, in nahen Beziehungen zur Raynaud'schen Krankheit stehen können, und von mir denn auch in diesem Zusammenhang geschildert worden sind. Und so haben von Binswanger z. B. die bei der Neurasthenie auftretenden vasomotorischen Symptome ihre Besprechung gefunden, bei Kriege die, die bei traumatischer Neurose vorkommen u. s. w.; Arbeiten, die der Verf. im weiteren Verlauf seiner Arbeit auch zitiert, ebenso wie er selbst anerkennt, dass häufig die vasomotorischen Störungen nur Teilerscheinungen einer allgemeinen Neurose sind.

Auf Einzelheiten kann nur in beschränktem Maasse eingegangen werden. Es wird zuerst die Aetiologie abgehandelt; bemerkenswert ist die häufige Verbindung mit rheumatischen Affektionen. Besonders schädlich sind starke Affekte, bisweilen Traumen, thermische Einflüsse, Gifte, weniger der Alkohol, als der Tabak. Sehr gut ist, was Verf. dabei gegen die u. a. von Möbius geübte übermässige und gänzlich hypothetische Autointoxikationslehre sagt. Die einzelnen Symptome schildert Verf. als Kongestion — aktive Hyperämie —, Synkope — lokale Anämie — und regionäre Cyanose oder lokale Asphyxie, indem er dabei die wichtigsten Kennzeichen der genannten Zustände aufzählt und kurz charakterisiert. Er hat interessante Versuche gemacht, die meist anfallsweise auftretenden Störungen künstlich hervorzurufen, durch einfache Lageveränderungen, Amylnitrit, thermische Reize; sichere Resultate erhält man nicht. In diagnostischer Beziehung empfiehlt Verf. die elektrische Prüfung; die Kranken haben häufig eine sehr grosse Empfindlichkeit gegen Durchleitung galvanischer Ströme durch den Kopf; die Thatsache ist übrigens auch sonst bekannt, und das Verfahren wird in der Poliklinik des Herrn Prof. Oppenheim bei geeigneten Kranken — z. B. Traumatikern mit vasomotorischen Symptomen — regelmässig angewendet. Es wird dann das Vorkommen der oben genannten Einzelsymptome — Synkope, Hyperaemie, Cyanose — in den einzelnen Organen besprochen. Besonders bei Besprechung der vasomotorischen Erscheinungen am und im Kopf kommt mancherlei nicht zu einander gehöriges zusammen und auch die Erklärung der einzelnen Symptomenkomplexe, insbesondere inbezug auf die Folgeerscheinungen der vasomotorischen Symptome giebt oft zu Einwendungen Anlass, so z. B. die Annahme, dass das charakteristische Gefühl für Gehirnhyperämie ein Angstgefühl ist, eine Art Kopfangst. Sehr bemerkenswert sind dann wieder zwei Beobachtungen von intermittierender Anschwellung der Schilddrüse, in denen zeitweise ein dem Morbus Basedowii ähnliches Krankheitsbild sich herausbildete. Des weiteren werden auch die vasomotorischen Störungen in den inneren Organen besprochen und dabei zahlreiche Streitfragen berührt. Ein folgender Abschnitt handelt kurz von dem Austritt von Blut und Lymphe in die Gewebe, ein anderer über lokalisiertes und konstantes Auftreten der vasomotorischen Störungen. Dann kommt die Kombination der vasomotorischen Symptome mit anderen Störungen an die Reihe; es wird das Verhalten des Herzens kurz, etwas genauer das Verhalten des Nervensystems besprochen, es werden nervöse Symptome als Folge vasomotorischer Symptome aufgeführt, und solche, die mit ihnen koordiniert sind, Zittern, Schmerzen, Sekretionsanomalieen; unter letzteren sind als besonders wichtig und schwer zu beurteilen Albuminurie und Melliturie zu nennen. Die paroxysmale Hämoglobinurie, die dann auch in diesem Zusammenhang zu erwähnen wäre, findet keine Beachtung. Es folgt ein Kapitel Ausgänge und Prognose. Im allgemeinen bleibt die Labilität des Gefässsystems, einmal entwickelt, als dauernder gewissermassen konstitutionell gewordener Zustand bestehen. Es kommen auch sekundäre dauernde Veränderungen der Ernährung der Gewebe vor, wichtig sind die Beziehungen zur Arteriosclerose. Eingehend ist die Therapie behandelt, und man findet viele beachtenswerte Vorschläge. Besonders empfohlen wird das Chinin.

Trotz der oben geäusserten prinzipiellen Bedenken kann Ref. das anregend geschriebene Buch zum Studium der geschilderten wichtigen, interessanten,

aber oft auch sehr schwierig zu beurteilenden Phänomene angelegentlich empfehlen.

Cassirer.

LXI) **Crépieux-Jamin**: Handschrift und Charakter, deutsche Uebersetzung von Hans H. Busse und Hertha Merkle. 558 Seiten, mit 232 Handschriften-Proben. Leipzig, Paul List. 1902.

Frankreich ist das Ursprungsland der Graphologie, dort auch erfreut sie sich der weitesten Ausbreitung unter den Laien und der relativ grössten Anerkennung seitens der offiziellen Wissenschaft. Gelehrte wie Richet, Binet, Tarde u. a. haben es nicht verschmäht, die Ergebnisse der Graphologie teils in wohlwollendster Weise zu besprechen, teils sie durch Experimente zu prüfen. Dennoch sind die Franzosen über eine laienhafte Pseudo-Empirie nicht sehr weit hinausgekommen. Auch Crépieux-Jamin, zur Zeit der geistige Führer der Graphologie in Frankreich, vermag uns in dem vorliegenden Werke nicht viel mehr zu bieten. Als wichtigste Begründungsmethode graphologischer Lehren wird das hypnotische Experiment angeführt. Dass hier die Methode, wie sie von Richet, Héricourt, Ferrari angewandt wurde: dem Medium zu suggerieren, es sei ein Geizhals, ein alter Mann, es sei Napoleon und es dann schreiben zu lassen, durchaus unbrauchbar ist, hat Verfasser richtig erkannt. Er will das Medium in bestimmte Situationen versetzen, die in demselben möglichst klar erkennbare, unkomplizierte Gemütszustände, Strebungen u. s. w. hervorrufen. Die Schriften, die in diesem Zustande angefertigt sind — möglichst auf die Situation bezugnehmend —, zeigen dann gegen die Normalhandschrift bestimmte für den betreffenden Gemütszustand bezeichnende Abweichungen. Ein auf diese Weise gewonnenes Material bringt Verf. leider nicht bei. Die Schriftproben, die er wiedergiebt, sind unter Wachsuggestion entstanden: ein Mädchen, dem er eingeredet hat, sie habe das grosse Los gewonnen, meldet dies ihrem Bräutigam, ein andermal hat sie den Tod eines lieben Anverwandten anzuzeigen u. dgl. mehr. Vermag sich das Medium lebhaft in derartige ihm gewissermassen aufgedrängte Stimmungen hineinzuversetzen, so fallen die Schreibversuche allerdings positiv aus. Selbstverständlich muss gefordert werden, dass die Versuchsperson hinsichtlich der zu erwartenden Ergebnisse völlig unbefangen sei. Da dieses bei einem Graphologen gewiss nicht der Fall ist, so kann man dem sehr umfangreichen Material, welches Crépieux-Jamin von seiner eigenen Handschrift anführt, keinen Beweiswert zuerkennen. Die übrigen Methoden, die der Graphologie zu Gebote stehen, insbesondere die Zurückführung der handschriftlichen Eigenarten auf die individuelle Bewegungsphysiognomik, werden nur mehr gelegentlich in ziemlich dürftiger Weise behandelt. Im übrigen enthält das von beträchtlichem Fleiss zeugende Werk eine grosse Menge graphologischen und charakterologischen Materials, aber auch hier neben richtigen Thatsachen manche unbegründete und unbegründbare Behauptungen. Als Entschuldigung ist der Umstand anzuführen, dass die Uebersetzung nach der bereits 1896 erschienenen 4. Auflage von „L'Écriture et le Charactère" angefertigt worden ist. Wenn man den heutigen Stand der Graphologie danach beurteilen wollte, würde man arg fehlgehen. In den Anmerkungen skizziert der Uebersetzer den Stand der Graphologie in Deutschland.

Dr. Georg Meyer (Berlin).

LXII) **A. Grohmann:** Geisteskrank. Bilder aus dem Verkehr mit Geisteskranken und ihren Angehörigen. Für Laien. Leipzig, Verlag Melusine 1902.

Wer als Irrenarzt nicht blos Geisteskranke behandeln, sondern auch mit ihren Angehörigen verhandeln muss, der macht oft merkwürdige Erfahrungen bezüglich der Verständnislosigkeit, mit der gebildete wie ungebildete Laien den Geisteskrankheiten, den Irrenanstalten, der ganzen Irrenbehandlung gegenüberstehen. Man kann sagen: die Angehörigen haben immer thörichte Vorstellungen hierüber und man wundert sich schliesslich förmlich, wenn man einmal ausnahmsweise ein Familienmitglied eines Kranken antrifft, das vernünftigen Anschauungen huldigt. Es lohnte sich wirklich für einen Irrenarzt, einmal eine Psychologie der Angehörigen Geisteskranker zu schreiben.

Einen Beitrag zu dieser Psychologie liefert die vorliegende kleine Schrift. Grohmann ist zwar kein Berufspsychiater, aber ein psychiatrisch sehr begabter Laie, der seit einer Reihe von Jahren seine Kräfte der Behandlung Nervenkranker und psychisch Abnormer widmet. Ich habe schon wiederholt in diesen Blättern auf Schriften von ihm hingewiesen, die sämtlich volle Beachtung verdienen, aus denen auch der ärztliche Fachmann manches Gute lernen kann (1899. S. 723; 1900. S. 369 und 461). Er ist vor allem ein guter Menschenkenner, mit einer natürlichen Fähigkeit begabt, normale wie abnorme Menschen nach ihren wesentlichen Charaktereigenschaften zu studieren und richtig zu erfassen. Dadurch wird er ganz von selbst zum verständnisvollen Vermittler zwischen Arzt und Publikum und bleibt von dem naheliegenden Fehler der Kurpfuscherei bewahrt.

Anschaulich schildert er in der kleinen Schrift 2 Erlebnisse; bei dem einen handelt es sich um einen Brief, in dem ein gebildeter Laie der Mutter eines geisteskranken Studenten in erfreulich einsichtsvoller Weise seine Beobachtungen an dem Erkrankten mitteilt, seine Massnahmen, vor allem die Verbringung in eine geschlossene Anstalt begründet und den Eindruck wiedergibt, den er beim Besuch der Irrenanstalt gewann. Das zweite Erlebnis hat ein Gegenstück zum Inhalt. Grohmann giebt dabei auf Grund eigener Unterhaltungen mit den Familienangehörigen eines jugendlichen Katatonikers einen wahren Musterfall von Unverständnis und Dummheit zahlreicher Menschen aus den sogenannten gebildeten Kreisen einer Grossstadt. Die Beispiele sind gut gewählt, zumal sie auch die ernsten praktischen Folgen guter bezw. schlechter Einsicht der Angehörigen trefflich veranschaulichen.

In einem 3. Kapitel endlich schildert Grohmann mexikanische Eindrücke. Er setzt auseinander, dass die Bevölkerung in Mexiko Geisteskranke mit ganz anderen Augen betrachtet, sie weder reizt noch verspottet, sie ruhig in der Freiheit herumlaufen lässt und, soweit sie als verblödete Arme sich durch Bettel ernähren, sich ihrer annimmt und sie ernährt. Es liegt dem Verf. namentlich daran, zu zeigen, dass die natürliche und richtige Beurteilung Geisteskranker von Laienseite nicht von hoher Kultur des Landes, sondern von Volksanschauungen und namentlich Volksgewohnheiten abhängt.

Die kleine Schrift ist für Laien geschrieben. Mögen die Aerzte dafür sorgen, dass sie recht oft in Laienhände kommt. Gaupp.

LXIII) **A. Wagner:** Vitalismus. Berlin, Vogel & Kreienbrink 1902, 57 S.

Eine flott geschriebene Betrachtung, die mit dem Schwunge der Be-

geisterung für die mechanistische Weltanschauung eintritt. Vielleicht geht Verfasser etwas zu weit, wenn er eine besondere, nur am lebenden Organismus vorhandene Energieform leugnet. Warum das? Hat uns doch erst die neueste Zeit mit einer Zahl bisher nicht bekannter Energieformen bekannt gemacht? Man muss nicht etwas in Abrede stellen, dessen Existenz der morgende Tag erweisen kann. Noch bietet der Lebensprozess des Rätselhaften zu viel, dass uns eine mechanische Einsicht in denselben unmöglich ist. Und wenn wir auch überzeugt sind, dass alle Erscheinungen im lebenden Organismus auf einer Transformation von Energie beruhen, auf einem Mechanismus, so sind wir doch noch lange nicht so weit, auf Grund unserer Erfahrungen dem Leben eigentümliche Energieformen verneinen zu dürfen. Ueberhaupt überschätzt Verfasser die Bedeutung der empirischen Wissenschaft für die von ihm entwickelte Weltanschauung. Diese hat ihre Grundlage nicht in irgendwelcher Erfahrung — nie wird ein Experiment das Gesetz von der Erhaltung der Energie in mathemathischer Genauigkeit beweisen können — sondern vielmehr in den Gesetzen unseres Denkens, wenn schon zugegeben werden soll, dass die experimentelle Forschung unserer Tage gerade dem Denken in dieser Richtung fortwährend neue Nahrung zuführt und ihm neue Anhänger gewinnt.

Und wenn Verfasser mit den Worten schliesst: „Wenn er (der Naturforscher der alten Zeit) dann aber gleichsam auf eine höhere Warte sich stellt, nachdem er sich mühsam durchgerungen zur neuen Lehre, dann steht er wohl bewundernd vor der Allmacht der Natur, welche mit einheitlichen Kräften ihre Werke geschaffen", so möchte ich hinzufügen, dass diese Bewunderung noch mehr dem Menschengeiste gelten muss, der in das Chaos der Erscheinungen Einheit und Gesetzmässigkeit hineinbringt. Storch.

LXIV) **Walter Fuchs:** Staatliche Prophylaxe in der Psychiatrie: die Nervenheilstättenbewegung. München 1902, Seitz u. Schauer.

Fuchs erläutert die modernen Anschauungen über Wesen und Form von Nervenheilstätten und schildert den Charakter der Heilstätte „Haus Schönow". Dann kommt er auf die badische Denkschrift zu sprechen, in der ja unter anderem auch die Errichtung einer Nervenheilstätte für Minderbemittelte und Arme empfohlen wird. Mit Recht tadelt er den Plan einer Verquickung der Heilstätte mit einer Irrenanstalt. (Cfr. Gaupp, Zur Lage der Irrenfürsorge in Baden, diese Zeitschr. 1902, S. 237). Ferner wünscht Fuchs möglichst zahlreiche Freiplätze, einen niederen Minimal-Pflegesatz und Nervenheilanstalten für die Jugend, um das heranwachsende Geschlecht zu schützen und eine wirksame Prophylaxe zu erreichen. Gaupp.

LXV) **Wilhelm Erb**: Bemerkungen zur Balneologie und physikalisch-diätetischen Behandlung der Nervenleiden. Sammlung klinischer Vorträge von Rich. Volkmann. Nr. 321. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 1901.

Vortrag, der am Eröffnungstage der ersten „Balneologischen Kurse" in Baden-Baden am 14. Oktober 1901 gehalten wurde. In ganz allgemein gehaltener Darstellung führt Redner seinen Zuhörern die Bedeutung der physikalischen, im besonderen der Luft- und klimatischen Kuren, der Hydrotherapie, Elektrizität und der diätetischen Behandlung für Therapie der Nervenkrankheiten

vor, wobei er aber nicht verfehlt, auf die Mangelhaftigkeit unseres theoretischen Wissens über dieselben besonders hinzuweisen. Daher will er auch der Erfahrung und den therapeutischen Versuchen ihr Recht eingeräumt wissen. Ursprung der Krankheit, strenges Individualisieren, vorsichtige Auswahl der einzuschlagenden Kuren, längere Dauer derselben, dabei aber keine Einseitigkeit in der Anwendung der Heilmittel, vielmehr Kombination der Methoden bezw. Abwechslung in denselben, schliesslich auch psychische Beeinflussung sollten bei der Behandlung mittels der physikalischen Heilmittel Berücksichtigung finden. Buschan.

LXVI) **P. K. Pel**: Ueber die Kunst, gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. Uebersetzt von Dr. A. Rosenstein. Jena 1902, Verlag von Gustav Fischer.

Der Amsterdamer Kliniker setzt in seiner warmherzigen Rektoratsrede die Grundsätze auseinander, deren Befolgung ein langes und glückliches Leben erhoffen lässt. In seinen Ausführungen über die Nervosität und ihre Verhütung bekennt er sich zu Anschauungen, die uns heute dank den Arbeiten von Möbius u. a. in Fleisch und Blut übergegangen sind. Möge die treffliche kleine Schrift auch in unseren Kreisen recht viel gelesen werden; wenn sie auch nichts wesentlich Neues enthält, so erfreut sie doch durch die Art, wie sie Bekanntes zu sagen weiss. Gaupp.

LXVII) **Fritz Köhler**: Die Gebetsheilung. Eine psychologisch-naturwissenschaftliche Studie. Leipzig 1902, H. Seemann's Nachfolger.

Köhler setzt in ansprechender Weise auseinander, dass der Glaube an die Heilkraft des Gebetes zu allen Zeiten bestand, keine Eigentümlichkeit der Christian science darstellt. Jener Glaube hat im menschlichen religiösen Empfindungsleben seinen Grund und findet immer da Anhänger, wo das Gefühl die Weltanschauung beherrscht. Die „Christian Science" (Eddyismus) vertritt die Lehre, dass Krankheit nur eine Ausgeburt des Geistes, nur eine Illusion sei. Man heilt eine Krankheit, indem man dem Geist die Ansicht nimmt, materielles Geschehen habe eine reale Existenz.

Dass diese phantastischen Begriffsspielereien mit Wissenschaft nichts zu thun haben, wird von dem Verfasser mit fast zu grossem Ernst und Eifer dargelegt. Gaupp.

LXVIII) **Ludwig Scholz**: Leitfaden für Irrenpfleger. Dritte Auflage. Halle, C. Marhold. 83 S. 1,50 M.

Der Scholz'sche Leitfaden, der bekanntlich vor einigen Jahren vom Verein deutscher Irrenärzte preisgekrönt wurde, ist bei seinem ersten Erscheinen auch in dieser Zeitschrift (1899, S. 687) besprochen worden. Binnen kurzer Zeit hat er nun seine dritte Auflage erlebt, die sich von ihrer Vorgängerin namentlich durch die Beigabe von 38 Abbildungen unterscheidet. Das kleine Buch ist dem Irrenwärter, wie er nun einmal leider durchschnittlich ist, nur teilweise verständlich; manche Kapitel setzen einen Bildungsgrad voraus, der wohl nur wenigen Pflegern eigen ist; so z. B. die Ausführungen über den Bau des Hör- und Sehorgans. Aber das ist ja schliesslich nebensächlich. Was in dem Leitfaden steht, ist richtig und gut; der Arzt, dem die Unterweisung des

Pflegepersonals obliegt, kann ihn seinen Vorträgen zu Grunde legen und jedem Pfleger, der Lust hat, aus einem Buche zu lernen, in die Hand geben.

Gaupp.

LXIX) **Martin Englaender**: Die auffallend häufigen Krankheitserscheinungen der jüdischen Rasse. Wien, J. L. Pollak. 1902. 46 Seiten.

In Form eines Vortrages, den er in einer Versammlung in Wien gehalten hat, weist Verf. auf die genügend bekannte Thatsache hin, dass die Juden für gewisse Krankheiten besonders stark disponiert sind. Er macht einen Unterschied zwischen den Juden im Osten (Russland) und denen im Westen Europas. Im Osten ist das Grundübel das Ghetto mit seiner erdrückenden Armut, dem Schmutz und Jammer, im Westen ist es der nervenaufreibende Konkurrenzkampf um das materielle und geistige Dasein. Daher erfordern hier unter der jüdischen Rasse ihre hauptsächlichsten Opfer Neurasthenie und Diabetes; die Inzucht glaubt er weniger verantwortlich machen zu dürfen. Weder im Osten noch im Westen ist in absehbarer Zeit Aussicht auf eine Besserung der Verhältnisse vorhanden; zur Regeneration der breiten Massen durch den nervengesunden Ackerbau und Landbau, zur Heranbildung eines kräftigen Landvolkes als Regenerator für die nervenverbrauchten Städter hält Verfasser politische Faktoren für durchaus erforderlich. — Für einen populären Vortrag mögen allenfalls die Ausführungen des Verfassers genügen, wissenschaftlich sind sie indessen wertlos. Das Material, das angeführt wird, ist sehr lückenhaft: denn dass bereits eine einschlägige Litteratur über die Pathologie der Juden existiert, ist Verf. vollständig entgangen. Daher erschöpfen seine Ausführungen das Thema bei weitem nicht.

Buschan.

IV. Referate und Kritiken.

142) **Erwin Stransky** (Wien): Zur Konservierung von Faserfärbungen.

(Neurol. Centralblatt 1901, No. 21.)

Da gefärbte Zupfpräparate von Nerven im Glycerin sehr schnell verblassen, empfiehlt St. statt des Glycerins das Paraffinöl (Paraffinum liquidum), welches sämtliche Vorzüge des Glycerins besitzt, ohne die Färbung mit der Zeit zu vernichten, da sich Paraffinöl zum Unterschied von Glycerin im Wasser nicht mengt. Nach der Herausnahme aus der Saffraninlösung wird das Präparat für einige Minuten in absolutem Alkohol entwässert, darauf in reinem Xylol aufgehellt und zum Zerzupfen in Paraffinöl übertragen, dem man noch vorteilhaft 1—2 Tropfen Xylol zusetzt.

Hoppe.

---

143) **C. Parhon** und **E. Goldstein** (Bukarest): Die spinalen motorischen Lokalisationen und die Theorie der Metamerie.

(Neurol. Centralbl. 1901, No. 20 u. 21.)

Wie die Verf. durch sehr sorgfältige Untersuchungen im Laboratorium des Prof. Marinesco, die hier nicht genauer referiert werden können, festgestellt

haben, lässt sich die segmentäre motorische Lokalisation im Rückenmark nicht mehr aufrecht erhalten. Die Zellgruppen im Rückenmark stellen auch nicht immer ein und dasselbe dar; sie repräsentieren einmal das Innervations-Centrum eines Muskels oder eines Extremitätensegments, das andere Mal das Centrum eines Nerven oder eines seiner Aeste, recht oft das Centrum eines isolierten Muskels oder mehrerer Muskeln mit gemeinsamer Funktion. — Bezüglich der spinalen vasomotorischen und trophischen Lokalisationen der Extremitäten haben die bisherigen Untersuchungen vorläufig nur negative Resultate ergeben; auch die Ergebnisse über die sensiblen Lokalisationen sind nicht übereinstimmend.

Hoppe.

---

144) **G. Köster** (Leipzig): Ueber den Ursprung des Nervus depressor. Vorläufige Mitteilung.

(Neurol. Centralblatt 1901, Nr. 22.)

Nach der Untersuchung von K. entspringt der Nervus depressor aus dem obern Pol des Ganglion jugulare, das auch den sensiblen Fasern des N. vagus und des N. laryngeus superior zum Ursprung dient und endet in der Aorta, deren sensibler Nerv er ist, während er mit dem Herzmuskel selbst nichts zu thun hat. Die Thätigkeit des Nerven besteht wahrscheinlich darin, dass bei Ueberdruck im linken Ventrikel die heftig an die innere Aortenwand geworfene Blutwelle bei gleichzeitiger Dehnung der Aortenwand den N. depressor reizt und reflektorisch die Thätigkeit des vasomotorischen Centrums herabsetzt, worauf unter allgemeiner Gefässerweiterung der Druck absinkt, so dass das Herz, dessen Schläge gleichzeitig vermindert werden, leichtere Arbeit hat.

Hoppe.

---

145) **G. Bikeles** (Lemberg): Zur Kenntnis der Lagerung der motorischen Hirnnerven im Hirnschenkelfuss.

(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 20.)

In dem Hirne eines 41jähr. Mannes, der an chronischer Endocarditis mit Insuffizienz der Bicuspidalklappen gelitten und zuletzt motorisch-aphasische Erscheinungen nebst rechtsseitiger Hemiparese gezeigt hatte, fanden sich in der linken Hemisphäre oberflächliche Erweichungsherde, welche den ganzen Gyr. front. inf. der untersten Abschnitte des Gyrus central. ant. einnahmen. ausserdem ein kleiner Erweichungsherd im Gyr. pariet. inf. Die absteigende Degeneration im Hirnschenkelfuss befand sich im zweiten medialen Fünftel, also medial von der eigentlichen Pyramidenbahn, welche von Degeneration frei war, war also nur auf die motorischen Hirnnerven (hauptsächlich Hypoglossus und Facialis) zu beziehen. Die motorischen Hirnnerven liegen also im eigentlichen Hirnschenkelfuss medial von der eigentlichen Pyramidenbahn.

Hoppe.

---

146) **E. Straussler** (Wien): Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn.

(Neurol. Centralblatt 1901, Nr. 18.)

Bei einem 66jährigen Manne, der 58 Tage nach einer linksseitigen Hemiplegie starb, als deren Ursache sich ein Thrombus der rechten A. fossae

Sylvii ergab, fand sich eine ähnliche Anomalie im Verlauf der Pyramidenbahn, wie sie Hoche 1897 in einem Falle beschrieben hat. Dieselbe begann im unteren Teil der Kreuzung mit einer Andeutung einer „gekreuzten Vorderstrangbahn" am inneren Rande des entgegengesetzten Vorderhorns, die sich aber wieder etwa im sechsten Cervikalsegment verlor. Auch in der gleichseitigen Pyramidenstrangbahn und Pyramidenseitenstrangbahn zeigten sich einige Abweichungen. Besonders ausgebildet sind diese im gekreuzten Pyramidenseitenstrang, wo sie im Bereich der Kreuzung das Feld der Kleinhirnseitenstrangbahn zum Teil für sich in Anspruch nehmen, während in der Cervikalanschwellung die Degeneration vom gewöhnlichen Pyramidenseitenfelde in ununterbrochenen Zügen in den Bereich des Gowers'schen Bündels übergeht, diesen zum grössten Teil einnimmt, und versprengte Faserbündel auch in die seitliche Grenzschicht und in die gemischte Seitenstrangzone hineinreichen. Die Degeneration im Bereich des Gowers'schen Bündels nimmt an Intensität nach unten stark ab, erschöpft sich aber erst im Lendenmark vollends.

Hoppe.

---

147) **Eduard A. Spitzka:** Communication with projection-drawings, illustrating the topography of the lateral ventricles in their relations to the surfaces of the cerebrum and of the cranium.

(New. York. Med. Journ. 1901, 2. Febr.)

S. hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen bei zwei Gehirnen, nachdem er die grossen Ventrikel mit 60 ccm 10 % Formaldehyd injiziert, in 5 % Formaldehyd gehärtet, die Umrisse der Ventrikel auf die Hirn- und Schädeloberfläche zu projizieren. Eine Anzahl von vortrefflichen Zeichnungen zeigt die Projektion der Ventrikel von den verschiedensten Seiten. Hoppe.

V. Vermischtes.

Am 1. bis 7. September 1902 findet in Antwerpen statt: Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Geschäftsführung: Vorsitzender Peeters (Gheel), Schriftführer Sano (Antwerpen).

Der II. internationale Kongress für medizinische Elektrologie und Radiologie tagt vom 1. –6. September 1902 in Bern. Vorsitzender des Lokalkomité's Dr. Dubois, Schriftführer Dr. Schnyder. Cluzet (Toulouse) und Mann (Breslau) werden ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Elektrodiagnostik erstatten.

Im Verlag von Hugo Steinitz in Berlin ist der „Führer durch die Privatheilanstalten 1902/1903" erschienen. Das Buch beginnt mit einer kleinen Abhandlung von G. Korn: Die Entwicklung der Privatheilanstalten im 19. Jahrhundert. Dann folgt eine Zusammenstellung der einzelnen Heilanstalten nach therapeutischem Gesichtspunkt: 1. diätetische Heilanstalten, 2. die physikalisch-mechanischen Heilstätten, 3. die Wasserheilanstalten, 4. Anstalten für Gemüts- und Nervenkranke, 5. Allgemeine Heilanstalten, 6. Spezialheilanstalten (für Lungenkranke, Geschlechtskranke, Taubstumme, Alkoholiker u. s. w.). G.

Professor Robert Sommer in Giessen hat unter dem Titel „Das Problem des Gehens auf dem Wasser“ (Leipzig, J. A. Barth 1902, 42 S., Preis 1 Mk.) eine kleine Schrift erscheinen lassen, in der er einen, von ihm konstruierten und vom Reich patentierten Apparat schildert, mittels dessen er glaubt, das Problem des Gehens auf dem Wasser seiner Lösung nahe gebracht zu haben. Einige Abbildungen veranschaulichen den Bau der neuen Erfindung, deren voraussichtliche Bedeutung für die Zukunft Sommer in beredten Worten schildert. G.

P. J. Möbius Schrift „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes“ hat grosses Aufsehen erregt und viele Leser gefunden. Sie liegt bereits in vierter Auflage vor. Diese ist viel reichhaltiger als die ersten beiden. (Referat: Dieses Centralbl. 1900, S. 368). Möbius hat den neuen Auflagen Erläuterungen beigefügt, in denen er in seiner bekannten freimütigen Art zur Kritik Stellung nimmt und manche Vorwürfe mit gutem Erfolg widerlegt. Er hat dann anhangsweise eine Reihe von Kritiken, die ihm über seine Schrift zugingen, veröffentlicht und damit recht klug gehandelt. Denn in der That: wenn etwas geeignet ist, seine Ausführungen über das geistige Wesen des Weibes zu stützen, so sind es manche dieser Kritiken, die seine Schrift (namentlich auch im Lager der Emancipierten) veranlasst hat. Man lese z. B. die albernen und leidenschaftlich-gehässigen Redensarten, mit denen ein bekanntes Haupt der modernen Frauenbewegung (Hedwig Dohm) die Schrift abzuthun glaubt, und man wird sehen und fühlen, wie recht er mit seiner Bekämpfung dieser Emancipierten sowie der männlichen „Feministen“ hat.

Gaupp.

Herr Privatdozent Dr. Weygandt schreibt uns:

Gegenüber der Behauptung Meyer's (dieses Centr.-Bl. S. 345), dass in meinem „Atlas und Grundriss“ „die weit überwiegende Mehrzahl der zitierten Autoren der Schule Kraepelin's angehören“, sei festgestellt, dass nach meiner Durchsicht in dem Buch im ganzen 347 Autorzitate vorkommen, von denen 32 Kraepelin und 42 die Schüler desselben betreffen. Weygandt.

Am 28. Mai 1902 starb Adolf Kussmaul in Heidelberg im Alter von 80 Jahren. Er war nicht nur ein bedeutender Kliniker von staunenswerter Vielseitigkeit, sondern überhaupt ein hervorragender Mensch. Wie alle wirklich grossen Mediciner blieb er jedem einseitigen Spezialistentum fern; er verstand das Geheimnis, ohne dessen Kenntnis keine wertvolle wissenschaftliche Leistung im Reich der Medicin möglich ist: zeitweise Vertiefung in Einzelfragen, abwechselnd mit kritischer Uebersicht über Gang und Richtung der gesamten Wissenschaft, und dabei ein offener Blick für alle wichtigen Probleme in Natur und Welt. Bekanntlich hat er auch auf neurologischem Gebiete (Epilepsie, Sprachstörungen, Seelenleben des neugeborenen Kindes) Ausgezeichnetes geleistet. G.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**
Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).
Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Berlin SW. 46 und Leipzig.

XXV. Jahrgang. **1902 Juli.** Neue Folge. XIX. Bd.

I. Originalien.

Zur Psychologie der katatonischen Symptome.

Von **Ragnar Vogt,**
Dozent der Psychiatrie und Psychologie in Kristiania.

Kraepelin und Sommer vertreten die Ansicht, dass die verschiedenen katatonischen Symptome (Katalepsie, Echolalie, Echopraxie, Negativismus, Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Haften der Vorstellungen, Manieren, Impulsivität) eine und dieselbe psychologische Grundlage haben. Ich vermisse jedoch eine im Einzelnen befriedigende Begründung dieser Annahme.

Bei den beiden genannten Autoren, die von dem psychischen Ursprung jener Symptome überzeugt sind, begegnen wir zwei Erklärungsprinzipien: 1. der Stereotypie, d. h. nach Sommer der Tendenz zur Beibehaltung einer einmal gemachten Innervation, bezw. zur Wiederholung von Bewegungsreihen; 2. der Suggestibilität. Sommer hebt namentlich

die Stereotypie der Bewegungsimpulse als wesentliches Kennzeichen hervor, während Kraepelin von krankhaften Störungen der Willensthätigkeit spricht. Ich bin mit diesen Fassungen zwar ganz einverstanden, glaube aber, dass mit der Stereotypie nur eine teilweise Erklärung gegeben und dass eine genauere Bestimmung des Wesens dieser krankhaften Willensstörungen wünschenswert sei.

Mir selbst ist die Einheitlichkeit der katatonischen Symptome durch einige Gesichtspunkte klarer geworden, die ich dem Studium der Psychologen James*) und Georg Müller**) verdanke; doch steht mein Raisonnement ganz auf den Schultern Kraepelin's und Sommer's.

Die Bedingung einer bewussten, d. h. psychisch vorbereiteten Bewegung oder Handlung ist nach James, dass eine Bewegungs- bezw. Handlungsvorstellung im Bewusstseinsfelde auftauche und sich hier ohne Konkurrenz entgegengesetzter Vorstellungen erhalte. Machen sich von vornherein keine konkurrierenden Bewegungsvorstellungen geltend, so ist die eventuell resultierende Bewegung eine sogenannte ideomotorische: Die Bewegungsvorstellung taucht auf und die Handlung wird alsbald vollzogen, ohne dass ein besonderer Willensentschluss hinzukommt. Dies gilt für die meisten gewohnheitsmässigen Handlungen. Sind aber konkurrierende Bewegungsvorstellungen vorhanden, so müssen diese erst aus dem Bewusstseinsfelde vertrieben werden. Dies wird als Willensentschluss empfunden. Bleibt dann die andere Vorstellung ohne Konkurrenz zurück, so kommt es sofort zur Handlung (Wahlhandlung). Der Grad der erforderlichen Bewusstseinsbeleuchtung der Bewegungsvorstellungen hängt von der Erregbarkeit der psychomotorischen Centren ab. So genügt bei gut eingeübten Bewegungen und grosser Erregbarkeit der psychomotorischen Centren eine ganz flüchtige, nur halbwegs bewusste — d. h. in der Bewusstseinsperipherie erscheinende — Bewegungsvorstellung, um die Bewegung auszulösen, falls sich keine entgegengesetzten Antriebe geltend machen. Solche Bewegungen sind mühelos; sie kommen uns halb unwillkürlich vor. Anders liegt die Sache bei konkurrierenden Antrieben und torpiden Centren. Hier bedarf es einer Stärkung der einen Bewegungsvorstellung durch intensive Aufmerksamkeitseinstellung, damit eine Handlung erfolge. Dies kostet aber Mühe und geht mit dem Gefühl der starken Willensanspannung einher. Ein besonderes Anzeichen dieser intensiven Willensanspannung sind die Mitbewegungen, die wohl als Ausstrahlung des starken Willensreizes auf Nachbarcentren infolge gehemmter Entladung zu deuten sind.

---

*) W. James: Principles of Psychology. Vol. II. Cap. XXVI: Will.

**) G. E. Müller und A. Pilzecker: Experim. Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis. Zeitschrift f. Psychologie etc. 1900. Ergänzungsband 1.

Bei Müller begegnen wir in besonders klarer und wohlbegründeter Weise dem Begriffe der Perseveration der kortikalen Funktionen. Anscheinend eben stattgehabte Funktionen dauern — wenn auch in geschwächter Intensität — noch eine Zeit lang fort. Die physiologischen Vorgänge, die eine Vorstellung begleiteten, erlöschen nicht völlig in dem Augenblicke, in dem die Vorstellung unter die Bewusstseinsschwelle sinkt; vielmehr perseverieren sie noch, wenn auch nur in unterhalb des Schwellenwertes liegender Stärke. Darum genügt aber auch vorläufig ein geringer Anstoss, um jenen physiologischen Vorgängen eine solche Verstärkung zu verleihen, dass der Schwellenwert wieder erreicht wird. Die noch „in Bereitschaft stehende“ Vorstellung taucht folglich mit grösster Leichtigkeit wieder auf.*) So wird auch ein Lehrstoff weiter eingeprägt, nachdem wir uns nicht mehr bewusst mit ihm beschäftigen, denn die bei der Einprägung wirksamen Vorgänge dauern — wenn auch in unterschwelliger Stärke — noch einige Minuten fort. Man lernt daher auch in der Pause zwischen zwei Lehrstunden, wenn man in dieser Zeit an nichts denkt; bereitet man sich jedoch auf die nächste Stunde vor, so hört diese unterbewusste Einprägung des Lehrstoffes der vergangenen Stunde sogleich auf.

Aus sinnvollen Versuchen mit sinnlosen Silben hat Müller dies Alles in der exaktesten Weise abgeleitet. Kurz zusammenfassend kann man also nach Müller sagen, dass die physiologischen Vorgänge, die einen Bewusstseinsinhalt begleiten, noch fortdauern, nachdem dieser Inhalt unter die Bewusstseinsschwelle gesunken ist. Diese perseverierenden Prozesse, durch welche die eben stattgehabten seelischen Vorgänge noch eine Zeit lang in Bereitschaft gehalten werden, erlöschen aber, sobald das Bewusstseinsfeld mit neuem Inhalt versehen wird. Ein langes Perseverieren einer Vorstellung, eines Gefühls u. s. w. ist folglich nur bei nachfolgendem leeren, bezw. relativ leeren Bewusstseinsfeld möglich.

In der Müller'schen Sprache wäre die obengenannte Auffassung von Kraepelin und Sommer etwa dahin zu formulieren, dass in der Katatonie das Perseverationsvermögen der psychophysischen Funktionen besonders gross sei. Daraus folgt ja sofort die Tendenz zur Fortsetzung bezw. Wiederholung eben geschehener Innervationen. Eben stattgehabte Vorstellungen bleiben z. B. noch lange in Bereitschaft; demgemäss ist die allgemeine Wahrscheinlichkeit eines neuen Auftauchens eine sehr hohe. Und je häufiger der gleiche seelische Vorgang in dieser Weise sich

*) Was Kraepelin als „Anregung“ beschreibt, ist auf dieses „In Bereitschaft bleiben“ eben thätig gewesener Teile zurückzuführen.

wiederholt, desto grösser wird auch an und für sich — kraft der Uebung — die Leichtigkeit, mit der er aufs neue reproduziert wird. Und schliesslich mag dann hieraus eine ausgeprägte Stereotypie resultieren.

Die Suggestibilität der Katatoniker begreift sich aber nicht ohne weiteres als Ausdruck des erhöhten Perseverationsvermögens; und doch hängt sie sicher innerlich damit zusammen. Denn dieses grosse Perseverationsvermögen ist eben nur dadurch möglich, dass keine anderen intensiven Bewusstseinsvorgänge gleichzeitig stattfinden. Es setzt also eine Ausschaltung sonstigen Bewusstseinsinhaltes voraus, d. h. es muss eine Einengung des Bewusstseins vorhanden sein. Daher die Aehnlichkeit der hypnotischen und katatonischen Zustände!

Auf diesem Hintergrunde verstehen wir nun die Katalepsie, Echolalie und Echopraxie leicht. Durch passives Emporheben des Armes z. B. wird eine bestimmte Lagevorstellung des Armes wachgerufen und, solange diese Lagevorstellung sich konkurrenzlos im Bewusstseinsfelde erhält, behält auch der Arm die Lage bei (cfr. James). Wir wären alle mehr oder weniger kataleptisch, wenn solche Lagevorstellungen nicht sogleich durch andere Bewusstseinsinhalte, vor allem durch das Ermüdungsgefühl verdrängt würden. Bei dem eingeengten Bewusstsein fehlt aber eben dieser ablenkende Inhalt (Ermüdungsgefühl, Vorstellung der Unzweckmässigkeit der Armstellung u. s. w.); so kommt die Katalepsie zu Stande. Je grösser nun im einzelnen Falle das Perseverationsvermögen ist, desto schwächer werden die ablenkenden Einflüsse sich geltend machen; deshalb dauert es dann um so länger, ehe die Lagevorstellung soweit verdrängt wird, dass die Innervation des Armes nicht mehr erfolgt.

Ist diese Anschauung richtig, so muss es zum Aufgeben der kataleptischen Haltungen kommen, sobald die oben genannten Lagevorstellungen abgelenkt werden, d. h. sobald andere genügend lebhafte Vorstellungen in dem Bewusstsein auftauchen. Dies ist auch der Fall. Häufig sinkt ein kataleptischer Arm herunter, sobald ein anderes Glied emporgehoben wird; es wird eben dann die Aufmerksamkeit auf einen neuen Eindruck (eine neue Lagevorstellung) gerichtet. Die Vorstellung der Sinnlosigkeit und Ungereimtheit des Beibehaltens einer kataleptischen Stellung lenkt gewiss die Aufmerksamkeit besonders stark von diesen Lagevorstellungen ab; deshalb ist es zu erwarten, dass kataleptisches Verhalten unter Umständen durch Zerstreuung der Aufmerksamkeit gefördert werden kann, indem die intensiv ablenkenden Vorstellungen durch weniger wirksame ersetzt werden. Die Lagevorstellungen können eben mit indifferentem Bewusstseinsinhalte gleichzeitig im Bewusstseinsfelde sein. Einem derartigen, sehr instruktiven Falle bin ich vor kurzem begegnet.

Aus der Bewusstseinseinengung der Katatoniker erklärt es sich auch, weshalb von aussen angeregte Handlungsvorstellungen die Aufmerksamkeit fesseln und sich ohne Konkurrenz halten können. Daher das Nachahmen, die Suggestibilität.

Ist aber das Bewusstseinsfeld eben von anderen (perseverierenden) Vorstellungen blockiert, so pochen diese Handlungssuggestionen erfolglos an das Thor des Bewusstseins: sie erhalten keinen Eintritt. Ebenso wird es verständlich, dass zufällige, erratische Antriebe, wenn sie erst einmal ins Bewusstsein gelangt sind, auch sofort zu („impulsiven") Handlungen führen; bei der Enge des Bewusstseins findet eben keine Hemmung statt.

Im Negativismus will Sommer nur eine Steigerung der Neigung zur Beibehaltung von Muskelzuständen sehen; hier soll also — mit anderen Worten — die Perseverationstendenz eine besonders hochgradige sein.

Jedenfalls scheint es mir für die zuerst aufgeworfene Frage von Interesse zu sein, dass erhöhtes Perseverationsvermögen und Bewusstseinseinengung Parallelerscheinungen sind und dass sich die katatonischen Zustände sämtlich hieraus erklären lassen. Schematisch könnte man sagen, dass ein Vorgang a in den Teilen A deshalb solange perseveriert, weil a nicht zu einem associativen Vorgange b in B führt. Die Associationsschwierigkeit (Dissociation) bedingt gewissermassen ein Haften der nervösen Energie in A. Eine diffuse Dissociation der kortikalen Teile führt dann eo ipso zur erhöhten Perseverationstendenz der noch wirksamen Teile. Diesem Verhältnisse entspricht auch die Zerfahrenheit der Katatoniker.

Ich möchte hier nicht weiter ins Detail gehen, obwohl noch sehr viel zu sagen wäre. Die Reaktionslosigkeit vieler Katatoniker bei erhaltenem Auffassungsvermögen mag z. B. so gedeutet werden, dass der Auffassungsvorgang A perseveriere, statt einen motorischen Vorgang B auszulösen. Wird aber doch ein schwacher motorischer Vorgang b angeregt, so kann der psychomotorische Vorgang, durch den die Ausgangsstellung des Gliedes bedingt war, sich kraft des Perseverationsvermögens wiederholen mit der Wirkung, dass die angefangene Bewegung wieder unterbrochen wird. Oder die intendierte Bewegung begegnet einem Widerstande von Seiten entgegengesetzter perseverierender Antriebe, wodurch sie zu einer besonders angestrengten, von Mitbewegungen begleiteten motorischen Aeusserung wird.

(Aus der Poliklinik des Herrn Prof. H. Oppenheim-Berlin.)

Ueber ein selten beschriebenes Symptom bei peripherer Facialislähmung.

Von Dr. R. Cassirer, I. Assistenten der Poliklinik.

Ich habe im letzten halben Jahre bei Kranken, die an einer peripheren Facialislähmung litten, mehrfach ein Symptom beobachtet, das mir bis dahin unbekannt geblieben war, und von dem ich zunächst auch annahm, dass es bisher nicht beobachtet worden sei. Der erste Kranke, bei dem ich es traf, war ein 35jähriger Reisender, aus dessen komplizierter Krankengeschichte hier im Wesentlichen nur das mitgeteilt sei, was uns augenblicklich interessiert.

1. Der Patient kam am 25. 10. 1901 zum erstenmal in die Poliklinik des Herrn Prof. Oppenheim. Er hatte 1887 Lues acquiriert und hatte seit Langem ziemlich stark getrunken. Vor $^1/_4$ Jahr waren Sehstörungen aufgetreten und es hatte sich nach den uns gemachten ärztlichen Angaben eine Ophthalmoplegia interna entwickelt. Vor zehn Tagen stellte sich plötzlich eine Bewegungsunfähigkeit der Muskulatur beider Gesichtshälften ein. Die Untersuchung ergab ausser den Symptomen am Augenapparat (Ophthalmoplegia completa interna duplex): Maskenartiges Gesicht, völlige Amimie, beide Lidspalten sind weit, die Gesichtsmuskulatur ist sowohl rechts wie links gelähmt. Die Facialislähmung wies völlig das Bild der peripheren Lähmung auf. Die elektrische Untersuchung ergab komplete Entartungsreaktion. Es bestand also typische doppelseitige periphere Facialislähmung (Diplegia faciei).

Der Kranke blieb in Beobachtung und machte nun selbst im Laufe der nächsten Wochen auf eine eigentümliche Erscheinung aufmerksam, die sich bei ihm einstellte. Er bemerkte nämlich beim Waschen des Gesichtes und bei dem damit verbundenen starken Reiben desselben ein unangenehm spannendes Gefühl in den verschiedenen Teilen des Gesichtes. Als er sich dann in dem Spiegel sah, fand er, dass sich in dem seit Eintritt der Lähmung sonst völlig faltenlosen Gesichte tiefe Falten eingegraben hatten, die besonders auf der Stirn deutlich wurden und nach kurzer Zeit wieder verschwanden. Ich prüfte die Angaben des Kranken, die mir beachtenswert erschienen, nach und fand im Wesentlichen eine Bestätigung derselben. Wenn man nämlich die Stirn mit den Fingern eine Weile lang, etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Minute energisch rieb, so stellte sich langsam eine Querfaltung der Stirn ein, die nur auf einer tonischen Anspannung des Musc. frontalis beruhen konnte. Eine solche tonische Anspannung liess sich nun durch geeignete Prozeduren in der gesamten von der Lähmung befallenen Muskulatur hervorrufen. Ich benutzte dazu meist rasch aufeinanderfolgende, gleichsam tetanisierende Schläge mit dem Perkussionshammer. Wurde auf diese Weise z. B. die Kinnmuskulatur gereizt, so kam es hier zu einer tonischen Anspannung und zu einer Verziehung des unteren Teils des Gesichtes nach der gereizten Seite. Man konnte so ein Bild produzieren, das durchaus dem glich, was wir bei sehr starker

Kontraktur des Facialis nach ungeheilter oder unvollständig geheilter Facialislähmung sehen. Wie gesagt, liess sich die Störung in allen vom Facialis versorgten Muskeln beider Gesichtshälften gleichmässig nachweisen. Die Dauer der tonischen Anspannung betrug etwa eine Minute, der Tonus löste sich dann ebenso allmählich, wie er gekommen war im Verlauf weniger Sekunden. Ausser dem schon erwähnten Spannungsgefühl waren subjektive Erscheinungen damit nicht verbunden. Bei einmaligem Beklopfen der Muskeln trat eine deutliche, ziemlich langsame Kontraktion des betreffenden Muskels ein. Wir bekamen also das bekannte Bild der mechanischen Entartungsreaktion. Sensible Reize, wie Nadelstiche oder faradische Ströme von grosser Intensität, brachten keine Anspannung hervor, ebenso wenig irgendwelche den Nerven treffende Reize. Das Phänomen war in den nächsten Wochen dauernd in derselben Weise nachweisbar; auch im übrigen änderte sich an dem Krankheitsbilde zunächst nichts. Die elektrische Untersuchung ergab immer komplette Ea R, mit ausgeprägter träger galvanischer Zuckung und starker Erhöhung der direkten galvanischen Erregbarkeit; so z. B. im Musc. levator menti links: An S Z weniger als $^1/_2$ Ma., K S Z $^1/_2$, K O Z $1^1/_2$, A O Z 2 Ma. Aehnliche Zahlen erhielten wir im Orbicularis oris etc. Von Mitte Februar an trat eine Besserung ein, die sich zunächst in der Wiederkehr eines gewissen Grades von Beweglichkeit im rechten Facialisgebiet äusserte und im Laufe der nächsten Monate allmähliche Fortschritte machte. Die faradische Erregbarkeit stellte sich auch wieder ein. anfangs nur bei Anwendung sehr starker Ströme. In diesem Stadium war die vorher näher geschilderte tonische Kontraktion auf mechanische Reize zwar immer noch hervorzubringen, aber sie war jetzt lange nicht mehr so stark ausgeprägt, wie vordem. Zur Zeit ist sie eben nur noch angedeutet, und auch die übrigen pathologischen Erscheinungen haben sich weiter zurückgebildet.

Das, was mir an dem Falle neu war, war die Thatsache, dass bei stärkeren, rasch hintereinander wiederholten mechanischen Reizen der gelähmten Muskulatur in dieser ein den Reiz zeitlich erheblich überdauernder tonischer Kontraktionszustand eintrat. In den mir zugänglichen Lehrbüchern der Neurologie und insbesondere der Erkrankungen der peripheren Nerven fand ich zunächst keine Angaben über eine ähnliche Erscheinung. Es wird zwar überall der auf einmaligen mechanischen Reiz erfolgenden trägen Zuckung Erwähnung gethan, aber nicht des von uns geschilderten Verhaltens. Diese sogenannte mechanische Ea R ist zuerst von Erb und Hitzig beschrieben worden (siehe Erb „Krankheiten der peripheren Nerven“, p. 406, 1876, Bernhardt „Erkrankungen

der peripherischen Nerven“, I, p. 34, Oppenheim, Lehrbuch III. Aufl., p. 46, Dejerine, „Sémiologie du système nerveux“, p. 846). Ueberall wird betont, dass diese mechanische Uebererregbarkeit und träge Zuckung sich besonders im Beginn der Lähmung findet und sich mehr oder weniger an die gesteigerte galvanische Erregbarkeit der Muskeln anzuschliessen pflegt, wenn sie auch nicht ganz mit ihr parallel geht.

Es stellte sich aber schliesslich doch heraus, dass das geschilderte Symptom früheren Beobachtern schon bekannt gewesen ist, und dass es nur später nicht mehr die genügende Beachtung gefunden hat, und anscheinend in Vergessenheit geraten ist. Hitzig schildert es nämlich in seinem Artikel „Ueber die mechanische Erregbarkeit gelähmter Muskeln“ (Virch. Arch. Bd. 41, p. 301) ganz genau. Er sagt da, er habe wiederholt bei peripherer Facialislähmung in der Periode gesteigerter galvanischer Erregbarkeit eine eigentümliche Reaktion gegen mechanische Reize gefunden: „Bei geringerem oder stärkerem Reiben oder Druck der gelähmten Muskeln ziehen sich diese zu einem meist lange anhaltenden Tonus zusammen. Die Dauer desselben ist je nach Erregbarkeit und Reizgrösse verschieden, sie kann von einem Bruchteil einer Minute bis zu Tagen betragen. Die Grösse der Anspannung kann sehr bedeutend sein, so dass das Gesicht bei weitem mehr nach der kranken als je bei Facialislähmung nach der gesunden Seite verzogen wird. Die Erregbarkeit auf diese mechanischen Reize verhält sich direkt proportional der Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit, so jedoch, dass letztere, wenn anfangs erhöht, noch normal sein kann, wenn erstere schon null ist.“

Hitzig bezeichnet seine vorgenannte Mitteilung als eine vorläufige und verspricht eine ausführliche Darstellung. Ich habe diese jedoch nicht finden können. Ich bin dann noch bei Bernhardt einer Angabe begegnet, die ich hier wenigstens erwähnen möchte. Bernhardt sagt (l. c. p. 39), „auch der Muskel kann durch mechanische Reize gereizt und zur Kontraktion gebracht werden. Ja man kann (Heidenhain, Tigerstedt) durch andauernde schnell auf einander folgende Erschütterungen des Nerven einen Tetanus des Muskels auslösen.“ Ich habe bereits hervorgehoben, dass das von Hitzig und mir beschriebene Phänomen nur durch direkte Muskelreizung, nie durch Nervenreiz zu stande kommt.*)

Wesentlich differenter Art ist auch eine von Babinski gemachte Beobachtung: Babinski will in mehreren Fällen von Neuritis eine latente Disposition zu Krämpfen durch die Muskelfaradisation haben nachweisen

*) Anmerk.: Dabei sehe ich natürlich davon ab, ob nicht schliesslich doch diese direkte Muskelreizung auf einer Reizung der periphersten Nervenendigungen im Muskel beruht.

können. Wenn er in solchen Fällen einen faradischen Strom mit häufigen Unterbrechungen besonders durch die Wadenmuskeln gehen liess, so sah er einen auch nach der Unterbrechung der Elektrisation 10—20—50 Sekunden oder länger fortdauernden Krampf (cit. nach Remak „Neuritis und Polyneuritis" p. 103).

Ich habe das geschilderte Phänomen noch weiter bei mehreren Fällen von Facialislähmung nachweisen können. Ich gebe hier nur kurz die wichtigsten Daten.

2. Frl. H., untersucht am 7. 3. 1902. Vor drei Wochen im Wochenbett akut mit linksseitiger Gesichtslähmung erkrankt. Funktionell nur Parese, am stärksten betroffen die Muskulatur des oberen Astes. Elektrisch partielle Ea R. mit sehr starker Erhöhung der direkten galvanischen Erregbarkeit. Man bekommt mit kaum messbaren Strömen (weniger als 1/4 Ma.) deutliche A. SZ. und K. SZ. Träge mechanische Zuckung bei einfachem Beklopfen, in der ganzen linken Gesichtsmuskulatur; sehr ausgeprägtes „Hitzig'sches Phänomen", Dauer 2—3 Minuten. Dabei subjektiv unangenehme Spannungsempfindung.

3. L., 40jähriger Postbeamter. Erkrankt am 25. 3. 1902; zum erstenmale untersucht am 4. 4. 1902, fast völlige Lähmung der rechten Gesichtshälfte; starke Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit; galvanisch-direkte Zuckung etwas träge; kein Hitzig'sches Phänomen. Zweite Untersuchung am 25. 4. 1902: elektrisch starke Herabsetzung der faradischen und indirekten galvanischen Erregbarkeit. Erhebliche Erhöhung der direkten galvanischen Erregbarkeit, ausgeprägte träge Zuckung, die Kathode wirkt etwas stärker wie die Anode. Mechanische E a R., überall ausgeprägtes Hitzig'sches Phänomen.

4. M. Erkrankt am 14. 3. 1902. In den ersten Tagen nach Eintritt der Lähmung (17. 3. 1902) elektrisch keine Veränderungen, kein Hitzig'sches Phänomen. Später (April, Mai 1902) elektrisch partielle E a R. mit mässiger Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit (1 1/2 Ma. in der Unterkiefermuskulatur) mechanische Ea R, Hitzig'sches Phänomen in der Unterkiefermuskulatur deutlich, in der übrigen Muskulatur nicht sicher nachweisbar.

5. W., 60jähriger Beamter, untersucht am 31. 1. 1902. Recidivirende Facialislähmung. Vor acht Tagen entstanden; zum erstenmale 1870, zum zweitenmale 1875 Lähmung des rechten Facialis, danach nicht völlige Restitution, namentlich im Stirnast; am 15. 2. 1902: partielle E a R mit geringer Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit, Hitzig'sches Phänomen nur angedeutet.

6. K., 34jährige Tischlerfrau. Mitte Dezember 1901 Facialislähmung; fast völlige Unbeweglichkeit der linken Gesichtshälfte. Elektrische Untersuchung am 1. 3. 1902. Partielle E a R. mit starker Herabsetzung der faradischen und indirekten galvanischen Erregbarkeit und starker Erhöhung der direkten galvanischen. Der linke Orbicularis oris reagiert deutlich bei Strömen unter 1/2 Ma., der Orbicularis oculi bei 1/4 Ma. Mechanische E a R. und sehr ausgeprägtes Hitzig'sches Phänomen, namentlich wird der Mund bei Beklopfen der betreffenden Muskeln sehr stark nach links verzogen, die Oberlippe intensiv nach der Seite und oben verzerrt; es kommt bei Reizung des Orbicularis oris durch Zug zu einer förmlichen Einrollung der Lippe etc. Anfang April hat die Intensität des Phänomens schon etwas nachgelassen bei unveränderter elektrischer Erregbarkeit. Jetzt Mitte Mai macht sich bei geringer funktioneller Besserung bereits eine deutliche Tendenz zur dauernden Kontraktur in der gelähmten Gesichtshälfte geltend.

Ich habe das Symptom demnach regelmässig, aber in verschieden starker Ausbildung bei peripheren Facialislähmungen mit partieller oder kompleter Ea R nachweisen können; ich habe das Phänomen vermisst bei einer Anzahl von ganz leichten Facialislähmungen, die ohne Veränderung der elektrischen Erregbarkeit resp. mit geringer quantitativer Herabsetzung einhergingen, nur in einem dieser Fälle schien mir eine kurze Zeit lang eine Andeutung des Symptoms zu bestehen. Ich habe es ferner vermisst

bei alten Fällen von Facialislähmung, bei denen eine Kontraktur in der gelähmten Muskulatur bestand, und schliesslich habe ich es auch nicht gefunden bei Fällen ganz frischer Lähmung (siehe u. a. oben Fall 4), wo es regelmässig erst nach 10—14 Tagen, und zwar zusammen mit dem Auftreten der trägen galvanischen Muskelzuckung zur Beobachtung kam.

Es scheint mir aus allen meinen Beobachtungen hervorzugehen, dass in der That, wie das auch Hitzig betont, das Phänomen sich im Stadium der gesteigerten direkten galvanischen Erregbarkeit ausbildet, wenn auch der Parallelismus beider Erscheinungen kein vollkommener ist (siehe z. B. Fall 6). Die letzt erwähnte Beobachtung scheint mir noch aus einem anderen Grunde bemerkenswert. Es musste auffallen, dass hier sich so sehr zeitig eine Kontraktur der gelähmten Seite einzustellen drohte, und es ist in diesem Zusammenhange zu beachten, dass von vornherein das Hitzig'sche Phänomen hier sehr stark ausgebildet war. Auch in dem erst erwähnten Fall von Diplegia facialis scheinen sich Kontrakturen einzustellen, die bei der Doppelseitigkeit der Affektion zunächst freilich nicht so auffällig sind. Den Fall 2, bei dem von vornherein das Hitzig'sche Phänomen ebenfalls sehr stark war, habe ich nicht weiter beobachten können. Es wäre doch sehr wohl denkbar, dass wir in dem frühen und starken Auftreten des Symptomes einen Hinweis auf eine Neigung zur Kontrakturbildung vor uns hätten, der uns gute prognostische Dienste leisten und auch unser therapeutisches Handeln beeinflussen könnte; doch sind zur Entscheidung dieser Frage noch weitere längere Beobachtungen nötig.

Auf die Entstehungsbedingungen dieses Phänomens möchte ich zunächst nicht weiter eingehen.

Bei anderen peripheren Lähmungen habe ich bisher etwas Aehnliches nicht finden können.

Herrn Prof. Oppenheim danke ich ergebenst für die gütige Ueberlassung der Fälle.

II. Vereinsbericht.

Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in München

(14. und 15. April 1902).

Bericht von **Dr. P. Schröder**-Heidelberg.

(Schluss.)

148) **Fürstner**-Strassburg: Giebt es eine Pseudoparalyse?

F. weist zunächst darauf hin, dass die Unterschätzung der Hinterstrangdegeneration bei der progressiven Paralyse, was Frequenz des Vorkommens und

Bedeutung für die Gestaltung der Krankheitsbilder angeht, von neuem begünstigt wurde durch den Ausspruch Mendel's, dass der Verlaufstypus der Paralyse im letzten Jahrzehnt gemildert worden wäre, dass namentlich die demente Form vor der klassischen, mehr stürmischen, prävaliere. Dieser demente Typus sei früher besonders den Fällen eigen gewesen, wo nach länger bestehender Tabes die cerebralen Symptome hinzugetreten seien; so käme es, dass heute klinisch die Taboparalyse, anatomisch die Hinterstränge als wichtigstes Objekt der Forschung hingestellt, dass darüber die anderweitigen spinalen und peripheren Erkrankungen vernachlässigt würden. F. prüft zunächst den Mendel'schen Ausspruch bezüglich der Frequenz der Paralyse, für die er einen gewissen Anstieg anerkennt bezüglich des Auftretens im jugendlichen Lebensalter. Bezüglich der Letzteren weist er auf die besonders grossen diagnostischen Schwierigkeiten hin; er selbst muss sie als ungemein selten bezeichnen, eine höhere Frequenz derselben würde auf verminderte Widerstandsfähigkeit oder Verstärkung des Krankheitsprozesses hindeuten, die der Paralyse zu Grunde läge. In letzterem Sinne spricht die Verkürzung der Krankheitsdauer, die F. nach Behr und auf Grund eigenen Materials (in den letzten neun Jahren wurden 280 männliche und 72 weibliche Paralysen in die Strassburger Klinik aufgenommen) auf zwei Jahre und weniger normiert, eine wesentliche Differenz namentlich gegenüber den Fällen, die früher den dementen Typus geboten. Nicht geändert hätte sich die Frequenz der Anfälle, die besonders geeignet seien, den Verlauf zu beschleunigen. Sodann bespricht F. auf Grund von 96 Obduktionsberichten gewisse Aenderungen des makroskopischen anatomischen Befundes, das gegen früher auffallend seltene Vorkommen von stärkerer Pachymeningitis hämorrhagica, namentlich Hämatomen, von ausgedehnterer und stärkerer Atrophie, Ependymitis. Das Vorkommen der beiden ersten Veränderungen zusammen setze eine längere Krankheitsdauer voraus. F. verweist auf die häufigeren Fälle, wo trotz des ausgeprägten klinischen Bildes der makroskopische anatomische Befund gering sei oder fehle. Er wirft dann die Frage auf, ob diese Steigerung des Krankheitsprozesses sich vereinen lasse mit der Ansicht Mendel's, dass der demente Typus prävaliere und ebenso die Taboparalyse. Das erstere erkennt er an, die Demenz entwickle sich ganz besonders schnell, dadurch würde, wie bei anderen Psychosen, die durch Demenz kompliziert werden, die Entwicklung der sonstigen psychischen Begleitsymptome hintenan gehalten. Es sei aber unrichtig, zu behaupten, dass die Taboparalyse prävaliere. Nach wie vor nehmen die Fälle mit kombinierter Seiten- und Hinterstrangveränderung die erste Stelle ein. F. erwähnt, dass bei den früher als Taboparalysen benannten Fällen objektive Symptome bestanden hätten, die über die Diagnose Tabes keinen Zweifel liessen, heute würden Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe meist als genügend erachtet, auch das letztere Symptom fehle gelegentlich. Die Identität der Tabesdegeneration mit der Hinterstrangveränderung bei Paralyse sei nicht erwiesen, F. erwähnt auch, dass die Opticusatrophie nicht zur Beobachtung käme bei der kombinierten Erkrankung. Sodann wendet sich F. zu den atypischen Paralysen und den Pseudoparalysen; bezüglich der ersteren kommen in Betracht die Fälle von Lissauer und Alzheimer. F. unterscheidet die Fälle, wo circumscript stärkere Veränderungen in der Rinde sich finden (Erkrankung der oberflächlichen oder der tieferen Rindenschichten); von diesen seien zu trennen die Fälle, wo namentlich das Marklager Degeneration

aufweist (Alzheimer), weiter die Fälle, wo in den grossen Ganglien besonders starke Veränderungen bestehen. Bei der Rindenerkrankung würde zu prüfen sein, ob bei der Paralyse ein spezifischer Prozess mitwirke, ob die Lokalisation desselben von Bedeutung sei (Windungen, oberflächliche, tiefe Schichten). Die neueste Arbeit Schaffer's wird herangezogen, die F. mit den früheren Befunden nicht wohl vereinbar hält. F. schlägt in Uebereinstimmung mit Alzheimer vor, die Bezeichnung „atypische" Paralyse fallen zu lassen, dafür Paralyse mit Herdsymptomen (Hemianopsie, Aphasie etc.) oder Lissauer'sche Paralyse zu setzen. Sodann wendet sich F. zu den Pseudoparalysen und bespricht ausführlicher die alkoholistische und syphilitische. Bezüglich der ersteren bestehen sehr wesentliche Differenzen von der typischen Paralyse; fast niemals findet sich Pupillenstarre, besonders ausgeprägt sind sensible Störungen in verschiedener Art, oft auf die Unterextremitäten beschränkt, die Patellarreflexe sind abgeschwächt, können auch fehlen, bei der Entstehung der Symptome wirken nicht spinale Veränderungen mit, sondern neuritische; die Sprachstörung ist nicht die paralytische, der intellektuelle Defekt gleicht nicht der paralitischen Demenz; bei der syphilitischen kann die vorher entstandene isolierte Pupillenstarre eine Rolle spielen, die Patellarreflexe sind oft lebhaft, es sind Symptome nachweisbar gleich denen bei circumscripten luetischen Erkrankungen. Häufige Beteiligung der Augenmuskeln. F. schlägt vor, für diese Gruppe die Bezeichnung Pseudoparalyse fallen zu lassen und diese Fälle entweder den alkoholistischen oder den luetischen zuzurechnen. Die Bezeichnung Pseudoparalyse soll für die Fälle bleiben, wo alle Symptome der Paralyse entsprechen, der weitere Verlauf aber zeigt, dass es sich nicht um Paralyse gehandelt hat. Diese Fälle sind im Ganzen selten; nach F. spielt bei ihnen eine gewisse Art hereditärer Belastung (eigentümliche Charaktere in der Ascendenz) eine Rolle, nicht selten sind leichte Depressions- oder Exaltationszustände voraufgegangen, ätiologisch wirken ferner oft mit körperliche und geistige Ueberanstrengung, sexuelle Excesse, Traumen, dagegen selten Lues. Pupillenstarre kann sich zurückbilden, die Reflexe sind häufiger gesteigert, können aber auch fehlen und mit der Heilung wiederkehren. Anfälle pflegen zu fehlen. F. fordert zum Sammeln derartiger Fälle auf, die wegen der praktischen Konsequenzen, Entmündigung etc. besonders wichtig sind. (Autoreferat.)

Diskussion:

Schüle-Illenau bestätigt in längerer Auseinandersetzung die Ausführungen des Vortragenden. Auch nach seiner Meinung sind schwere anatomische Veränderungen bei Paralyse seltener geworden, und findet sich kombinierte Hinterseitenstrangerkrankung häufiger als reine Degeneration der Hinterstränge.

Gaupp-Heidelberg: Das Krankheitsbild, das Fürstner am Schlusse seines Vortrages mit dem Namen „Pseudoparalyse" belegte, ist auch uns in Heidelberg im Laufe der Jahre immer häufiger und deutlicher vor Augen getreten. Bei unseren Nachforschungen nach dem Schicksal früherer Kranker unserer Klinik, vor allem bei unseren katamnestischen Reisen in die Landesanstalten Badens lernten wir eine grössere Anzahl von Fällen kennen, die früher bei uns in der Klinik das typische Bild der Paralyse geboten hatten, deren Zustand sich aber weiterhin nicht verschlimmerte, sondern entweder seit vielen Jahren ganz stationär bleibt oder sogar eine Besserung bezw. Heilung

einzelner Symptome aufweist. Kranke, die in der Heidelberger Klinik den bekannten Symptomenkomplex: Demenz, Euphorie, Sprachstörung, Pupillenstarre, Fehlen der Patellarsehnenreflexe gezeigt hatten und deshalb natürlich als Paralytiker galten, leben heute acht bis zwölf Jahre nach ihrer Verbringung in die Klinik, ohne dass ihr Leiden Fortschritte gemacht hat; in einzelnen Fällen sind sogar so schwerwiegende Symptome wie Pupillenstarre wieder verschwunden. Es fehlt also bei diesen Fällen, die keineswegs nur Raritäten sind, der progressive Verlauf. Ich stimme mit Fürstner darin völlig überein, dass diese von ihm als Pseudoparalyse (im engeren Sinne) bezeichnete Form einer genaueren Untersuchung bedarf; ich halte die naheliegende Annahme, es handle sich hier um Hirnlues, für ganz unerwiesen. Bezüglich der Schaffer'schen Untersuchungen über die Topographie der paralytischen Rindendegeneration verweise ich auf die Kritik, die Nissl bei Besprechung des Schaffer'schen Buches an seinen Ergebnissen übt und die im Aprilheft des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen wird.*)

Ich möchte den Vortragenden fragen, ob er auch der Ansicht zuneigt, dass die bei der Paralyse auftretenden Pupillenstörungen spinaler Herkunft sind, dass es Veränderungen des Halsmarks sind, in denen die anatomische Lokalisation der Pupillenstarre gesucht werden muss. Als ich 1898 auf Grund meiner Untersuchungen diese Lehre aufstellte, fand ich bei den Fachgenossen vielen Widerspruch; seither sind noch manche Arbeiten (G. Wolff, Bach) erschienen, die meine Anschauung stützen, und es sind mir keine Thatsachen bekannt geworden, die ihrer Annahme entgegenständen.

Endlich möchte ich den Vortragenden noch fragen, ob er mit mir der Meinung ist, dass die Opticusatrophie nur bei der sogenannten „Taboparalyse" vorkommt, also nur in den Fällen, wo anatomisch wie klinisch die Erkrankung der Hinterstränge prävaliert. Bei den spastischen Formen und bei den Fällen mit kombinierter Strangerkrankung giebt es nach meiner Ansicht keine Opticusatrophie. Es ist dies zwar manchmal (so auch jüngst von Räcke) bestritten worden, aber, soweit ich sehe, ohne jede Berechtigung.

Jolly-Berlin hat analoge Fälle von „wahrer Pseudoparalyse" gesehen. Mendel's Behauptung, dass eine objektive Veränderung der Paralyse eingetreten sei, widerspricht er, wie früher schon, mit aller Entschiedenheit. Er beruft sich auf das umfangreiche Charité-Material. Allerdings kommen mehr demente Formen wie früher zur Aufnahme, aber die klassische Form ist nicht seltener geworden. Man hat früher einfach die dementen Formen nicht als paralytisch erkannt. Anfang der 70er Jahre war das Symptom der Pupillenstarre noch nicht bekannt, das gleiche gilt von den Patellarsehnenreflexen. Jetzt ist unsere Diagnose besser und wir erkennen auch viele nicht-klassische Krankheitsbilder.

Aehnlich steht es mit den anatomischen Veränderungen bei der Paralyse. Wenn wir jetzt mehr Paralyse diagnostizieren, so müssen wir auch häufiger verwaschene anatomische Befunde erhalten. Das Hämatom ist immer eine Rarität gewesen, nur gelegentlich kam es gehäuft vor, vielleicht als Folge übertriebener Zellenbehandlung. Hydrocephalus internus ist, auch in den stärkeren Graden, nicht seltener geworden.

---

*) Anmerkung: Vergl. dieses Centralblatt S. 242 und 250—260.

Hitzig-Halle ist derselben Meinung wie Mendel. Er hat seit 23 Jahren ein ganz gleichmässiges Krankenmaterial, aber trotz Steigerung der jährlichen Aufnahmeziffer von 200 auf 900 sieht er in seiner Klinik schwer Tobsüchtige nicht häufiger, sondern seltener wie früher.

Bei dem weiblichen Geschlecht mit seiner geringeren Widerstandsfähigkeit sollen von jeher die dementen Formen überwogen haben; wenn jetzt auch das männliche Geschlecht schneller der Paralyse unterliegt und mit Vorliebe demente Formen durchmacht, so würde das vielleicht für eine geringere Widerstandsfähigkeit der heutigen Männerwelt sprechen.

Fürstner-Strassburg bezweifelt im Schlusswort die traumatische Entstehung des Hämatoms. Gaupp's Angabe, dass Opticusatrophie nur bei rein tabischen Fällen vorkomme, nicht bei Fällen von kombinierter Hinterseitenstrangerkrankung, pflichtet er bei. Der Ausfall der Pupillenreaktion ist auch nach seiner Meinung häufig auf eine Erkrankung des Rückenmarkes zurückzuführen; doch trifft das nicht für alle Fälle zu.

149) **Wolff**-Basel: Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen.

Da die Lehre von den Degenerationszeichen einen Zusammenhang zwischen geistiger bezw. nervöser Anomalie und körperlichen Missbildungen annimmt, so führt die Frage nach der physiologischen Grundlage dieser Lehre in letzter Linie auf die entwicklungsphysiologische Frage: Hat das Nervensystem einen Einfluss auf körperliche Entwicklungsvorgänge? Diese Frage ist in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts vielfach diskutiert worden; später scheint das Problem völlig liegen geblieben zu sein, bis es gegen Ende des vorigen Jahrhunderts wieder aufgenommen und auf experimentellem Wege zu lösen versucht wurde. Der Erste, welcher, wenigstens für wirbellose Tiere, den positiven Nachweis lieferte, dass das Nervensystem einen Einfluss auf Entwicklungsvorgänge haben kann, ist Kurt Herbst, welcher zeigte, dass bei Krebsen das abgeschnittene Auge nur regeneriert wird unter dem Einfluss eines vom Ganglion opticum ausgehenden nervösen Reizes. An Wirbeltieren hat der Vortragende in den letzten Jahren die Frage experimentell studiert und feststellen können, dass bei Tritonen die abgeschnittene Extremität nur regeneriert wird unter dem Einfluss eines durch das Rückenmark vermittelten nervösen Reizes, dass bei Unterbrechung der nervösen Verbindung mit dem Rückenmark eine Regeneration nicht erfolgt bezw. ein bereits eingeleiteter Regenerationsprozess unterbrochen wird, und dass bei mangelhafter nervöser Verbindung das Regenerationsprodukt Missbildungen zeigt, die sich in der Reduktion der Zehenzahl kundgeben. (Autoreferat.)

150) **Brosius**-Sayn: Ueber den Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland.

Vor nahezu 27 Jahren, im September 1875 tagte der Verein der Deutschen Irrenärzte auch hier in München, und stand auf seiner Tagesordnung dasselbe Thema, das ich heute in äusserster Kürze zur Sprache bringe. Der damalige Referent, der uns leider zu früh entrissene Dr. August Zinn (Eberswalde) konnte an den Sitzungen nicht teilnehmen, und verlas der Vereinspräsident die von ihm schriftlich eingesandte Resolution: „Die Irrenhilfsvereine, wie sie

heute in der Schweiz und in Deutschland bestehen, sind ein wirksames Mittel zur Förderung der Irrenpflege. Der Verein empfiehlt seinen Mitgliedern, die Bildung von Hilfsvereinen für Geisteskranke überall da anzuregen, wo solche noch nicht bestehen." Dieser einstimmig, ich betone das, angenommenen Resolution war Zinn selbst durch sein Beispiel vorangegangen; 1866 gründete er als junger Direktor von St. Pirminoberg das Patronat im Kanton St. Gallen, 1873 das in Brandenburg, nach der Anregung Heinrich Laehr's im psychiatrischen Verein zu Berlin. Er stand daher im Jahre 1875 auf dem sicheren Boden einer zehnjährigen Erfahrung, und lagen auch schon günstige Berichte vor über deutsche Hilfsvereine für Geisteskranke. Es verstand sich daher wohl von selbst, dass die Münchener Resolution 1875 einstimmig durchging, aber man versteht es nicht, dass nach 1875 die Kurve der patronalen Gründungen geradezu verflachte, und dass eine fünf Jahre dauernde Stagnation auf diesem Gebiete eintrat. Das „überall" in der Perspektive Zinn's ist auch heute nur erst zu einem „hier und da" geworden. Das grosse Deutschland mit 150 öffentlichen Irrenanstalten zählt nur 15 Irrenhilfsvereine, die kleine Schweiz dagegen mit 25 öffentlichen Irrenanstalten 10 Patronate!

Es möge mir daher nicht verargt werden, dass ich heute an die Münchener Resolution von 1875 erinnere, im Interesse des deutschen Irren- und Anstaltswesens. (Autoreferat.)

Diskussion:

Siemens-Lauenburg hebt hervor, dass die Lage in den verschiedenen Teilen Deutschlands eine verschiedene ist. In Pommern z. B. geschieht viel für die Geisteskranken durch die Provinzialverwaltung.

Kreuser-Winnenthal wünscht dem gegenüber, dass die Anstalten, und nicht der Landeshauptmann, die Irrenfürsorge organisieren.

Peretti-Grafenberg schliesst sich dem Appell von Brosius an, betont aber, dass das Verhältnis von 15 Vereinen zu 150 Anstalten nicht ein gar so schlimmes ist, da meist mehrere Anstalten zusammen oder ein ganzes Land einen Hilfsverein haben.

Pelmann-Bonn hebt die Verdienste des Vortr. für die Irrenfürsorge in der Rheinprovinz hervor.

151) **Hitzig**-Halle: Demonstration der Gesichtsfelder von Hunden nach doppelseitiger Operation innerhalb der Munk'schen Sehsphäre.

Es wurde bei den meisten Hunden erst der eine und dann nach einigen Wochen der andere Hinterhauptslappen partiell exstirpiert, nur bei einem Versuchstier wurden in einer Sitzung beide Hinterhauptslappen operiert.

Nach der ersten Operation verschwinden unter allen Umständen die Sehstörungen früher oder später gänzlich, und zwar stets vom medialen-unteren Winkel des Gesichtsfeldes her. Nach der zweiten Operation treten die Störungen auf dem zuerst geschädigten Auge wieder auf und zwar mindestens in derselben Stärke wie auf dem anderen, manchmal zeigen sie sogar in ersterem anfangs eine Progression. Die Sehstörungen sind stets Hemianopsien, nie wechselnde circumscripte Skotome. Auch nach der zweiten Operation verlieren sie sich alle nach einer gewissen Zeit.

Diese Thatsachen entsprechen der Lehre Munk's nicht. Nach dieser müsste jedes Retinaelement mit einem Rindenelemente in der Weise verbunden

sein, dass die Ausschaltung der letzteren eine dauernde Vernichtung der Funktion der ersteren bedeute. Eine Restitution, wie sie die obigen Versuche nachweisen, wäre unmöglich. H. weist darauf hin, dass die Versuche von Munk und Luciani mit zahlreichen Fehlern behaftet sind.

Diskussion:

Jolly-Berlin erinnert daran, wie schwer es manchmal schon beim Menschen ist, gute Gesichtsfeldaufnahmen zu erhalten und bittet den Vortragenden um Angabe, wie er bei seinen Hunden die herumgereichten schönen, scharf kontourierten Bilder bekommen habe.

Hitzig bemerkt daraufhin nur, dass es sich bei den Hunden wie beim Menschen verhalte. Manche Tiere, zumal wenn sie hungrig sind, reagieren auf vorgehaltene Fleischstücke mit grosser Promptheit. Seine Zeichnungen seien natürlich immer nur approximativ.

152) **Bumm**-München: Ueber das Ganglion ciliare der Katze.

Mitteilung weiterer Versuche über den Aufbau des Ganglion ciliare. Vortr. hat einmal die Ciliarnerven durchschnitten; dann ausserdem noch das Ggl. cervicale supremum exstirpiert, und jedesmal die Zellen des Ggl. ciliare, die erhalten blieben, gezählt. Nach Ausführung beider Operationen bleibt stets noch ein Rest von $^2/_5$ der Zellen. Er knüpft daran eine Reihe von Vermutungen und teilt ein Schema mit, wie er sich das Ganglion gebaut denkt.

Diskussion:

Westphal-Greifswald sieht in dem Bumm'schen Schema eine Erklärung des bisher unverständlichen Phänomens der Pupillenverengerung auf Berührung der Cornea bei Tieren.

153) **Degenkolb**-Neustadt: Beiträge zur Pathologie der Rindengefässe.

Vortragender definiert zunächst genau, was er unter einem intraadventitiellen kleinzelligen Infiltrat versteht, sowohl nach der Menge als nach der Art der es zusammensetzenden Zellen. Das Vorkommen der so begrifflich umgrenzten kleinzelligen Infiltrate suchte Vortragender unter Heranziehung der in der Litteratur niedergelegten Kasuistik zu ermitteln. Solche intraadventitiellen kleinzelligen Infiltrate kommen vor: 1. bei Paralyse als stellenweise schon früh auftretender, aber doch sekundärer, zur histologischen Diagnose der Paralyse wenig verwertbarer Befund; 2. wohl auch infolge Lues; 3. bei akuten Delirien infolge anderweitiger bakteritischer Infektionen des Körpers — endlich ausnahmsweise vielleicht bei Delirium tremens, ebenso ausnahmsweise vielleicht bei schwerer Anämie und vielleicht bei einzelnen Fällen von posttraumatischer Psychose. Bei den beiden erstgenannten ist die Differentialdiagnose gegen komplizierende bakterielle Infektionen, bei der letzten Kategorie jene gegen traumatische Paralyse nicht im mindesten gesichert. Die bei Status epilepticus sich findenden Zellansammlungen sind extraadventitiell.

Ferner schildert er das Vorkommen von Kernlöchern und Kernlücken der Intimakerne der Rindengefässe und bringt diesen Befund in Beziehung zur sog. fettigen Degeneration. (Autoreferat.)

154) **Vogt**-Göttingen: Ueber Gesichtsfeldeinengung bei Arteriosclerose des Centralnervensystems.

Es handelt sich um Fälle, deren Symptombild besonders von Windscheid präcisiert worden ist.

In der charakteristischen Symptomengruppe: Kopfschmerz, Schwindel und Abnahme der geistigen Regsamkeit kann das letztere fehlen, es kann neben den beiden erstgenannten Erscheinungen eine konzentrische Verengerung des Gesichtsfeldes vorhanden sein, welche der Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit vorausgeht. Die Hauptsache ist, dass in solchen Fällen ein dauernder Nachweis der Erscheinung möglich ist. Dass es sich bei dieser Art von Einengung nicht um eine vorübergehende funktionelle Störung oder eine solche der Cirkulation handelt, geht aus der Konstanz der Erscheinung in ausgesprochenen Fällen hervor. Auf der anderen Seite pflegt bei einer Erkrankung des Centralnervensystems, welche als eine solche arteriosclerotischer Natur anzusprechen ist, die Gesichtsfeldeinengung nur nachweisbar zu sein, wenn auch Erscheinungen anderer Art, besonders Kopfdruck und Schwindel, bestehen. Die Gesichtsfeldeinengung nimmt also bei der arteriosclerotischen Erkrankung eine Mittelstellung ein. Daraus geht auch hervor, dass es sich thatsächlich um eine durch die Arteriosclerose bedingte Erscheinung handelt, da den Vortr. u. a. auch zahlreiche Untersuchungen an Gesunden mit starker Arteriosclerose gelehrt haben, dass hier eine Einengung konstant fehlt, so lange nicht noch andere für eine Arteriosclerose des Centralnervensystems sprechende Erscheinungen vorhanden sind. In den untersuchten Fällen von Arteriosclerose des Centralnervensystems fand sich fast stets eine starke Sclerose der Temporalarterien, eine solche der Radialarterien wurde wiederholt vermisst. Auch die Gefässe des Augenhintergrundes waren keineswegs stets deutlich arteriosclerotisch. Einerseits handelte es sich überhaupt um Anfangsstadien des Prozesses, andererseits kann offenbar auch bei intakten Retina-Arterien eine Arteriosclerose des Gehirns ausgeprägt sein. Fortgeschrittene Fälle zeigten fast stets die Einengung, einige liessen sie aber überhaupt völlig vermissen. Es soll der Wert der Gesichtsfelduntersuchung nicht überschätzt werden, doch stellt diese bei vorsichtiger und kritischer Prüfung jedenfalls ein feines Reagens auf den nervösen Status überhaupt dar, und verdient daher die Thatsache der konzentrischen Einengung bei Arteriosclerose des Centralnervensystems als ein kleiner Beitrag zur genaueren Umschreibung der z. Zt. mit vielem Interesse studierten Symptomenbilder der Arteriosclerose des Gehirns Beachtung.

(Autoreferat.)

155) **Raecke**-Kiel: Zur Lehre von der Hypochondrie.

In neueren Lehrbüchern der Psychiatrie existiert die Hypochondrie kaum noch als selbständiges Krankheitsbild. Es gewinnt vielmehr die Anschauung an Boden, dass ein hypochondrischer Symptomenkomplex gelegentlich bei allen Psychosen auftreten kann, dass es sich dagegen in den übrigen Fällen sogenannter reiner Hypochondrie lediglich um schwere Neurasthenieformen handelt. Gegen diese Lehre haben sich bis in die neueste Zeit hinein gewichtige Stimmen erhoben (Jolly, Hitzig, Krafft-Ebing, Ganser, Wollenberg). Zuletzt ist vor drei Jahren Böttiger in einer grösseren Arbeit für die Selbständigkeit des hypochondrischen Krankheitsbildes eingetreten.

Unter 2800 Aufnahmen der psychiatrischen Klinik zu Tübingen fanden sich nur 18 einwandsfreie Fälle reiner Hypochondrie, die eine lange Reihe von Jahren unverändert bestanden hatten. Davon waren sechs erblich schwer belastet, sieben waren Neuropathen und in sechs Fällen waren äussere erschöpfende Momente voraufgegangen.

Die Krankheit begann in der Regel mit Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden und zahlreichen Parästhesien im ganzen Körper. Dann bildete sich die feste Ueberzeugung aus, ein ganz bestimmtes, unheilbares Leiden zu haben, und damit trat sekundär eine gewisse traurige Verstimmung ein. Im übrigen lagen allen einzelnen, mannigfachen Krankheitsäusserungen stets zwei Momente zu Grunde:

1. eine veränderte Selbstempfindung, mochte dieselbe nun mehr den körperlichen oder geistigen Anteil der Persönlichkeit betreffen, und
2. eine eigentümlich wahnhafte, jeder Kritik unzugängliche, aber logisch konsequente Verarbeitung jener Sensationen.

Die Prognose erwies sich meist als infaust trotz gelegentlicher, weitgehender Remissionen. Eigentliche Verblödung trat nicht ein.

Von der Melancholie unterscheidet sich die Hypochondrie durch die sekundäre Entstehung der traurigen Verstimmung, durch eine geringere Heftigkeit und durch die Unbeständigkeit der Angst, durch den Mangel einer Hemmung, das Fehlen von Selbstvorwürfen und durch die Möglichkeit der Ablenkung.

Eher erinnert die ausgesprochene Wahnbildung an Paranoia, doch fehlt der Beziehungswahn, das Projizieren der Sensationen in die Umgebung und die erklärende Wahnbildung der Verfolgung oder der Grösse.

Die Hysteriker unterscheiden sich wieder durch grössere Suggestibilität. stärkeren Wechsel der Sypmtome, Neigung zu bewussten Täuschungen und ausgesprochene Stigmata auf somatischem Gebiete. Die seltenen Anfälle und Lähmungen der Hypochonder werden stets durch bewusste Vorstellungen verursacht. Die manchmal ziemlich ähnlichen psychischen Anfälle der Katatoniker unterscheiden sich durch ihren automatenhaften Anstrich. Auch macht sich hier stets bald der Intelligenzdefekt geltend.

Schwieriger gestaltet sich die Abtrennung von der Neurasthenie, weil sich die Hypochondrie sehr häufig auf ihrem Boden entwickelt. Indessen darf man darum nicht beide Krankheitsformen zusammenwerfen. Denn einmal braucht nicht der Hypochondrie die Neurasthenie voraufzugehn, während die meisten Neurastheniker niemals Hypochonder werden, und dann hat überhaupt der charakteristischste Zug der Hypochondrie, die kritiklose, wahnhafte Verarbeitung der Sensationen mit ihrer zwingenden Beeinflussung des gesamten Handelns. nichts mit dem Wesen der Neurasthenie gemein. Der letztere Zug rückt die Hypochondrie unter die Psychosen.

Zum Schlusse lassen sich daher folgende Sätze aufstellen:

1. Die Hypochondrie ist eine selbständige, in sich abgeschlossene Krankheitsform, die aber mit Vorliebe auf dem Boden der Neurasthenie, seltener der Hysterie sich entwickelt.
2. Bei scheinbarem Uebergange einer hypochondrischen Psychose in eine andere Irrsinnsform hat es sich in der Regel nur um das hypochondrische Vorstadium dieser Psychose gehandelt. Die richtige Deutung solcher Fälle von Pseudo-Hypochondrie stösst nur im Beginn des Leidens und bei zu kurzer Beobachtungsdauer auf Schwierigkeiten.

(Autoreferat.)

156) **Gudden**-München: Beiträge zur Anatomie und topographischen Anatomie des Hirnstamms.

Demonstration einer grösseren Reihe von Schnitten (Weigert's Markscheidenfärbung) durch den Stamm mit dem Projektionsapparat. Die Schnitte in den üblichen Ebenen geben von vielen Bündeln, die quer oder schräg verlaufen, nur wenig anschauliche Bilder. G. hat deshalb zur Demonstrierung bestimmter Bahnen in ihrem ganzen Verlaufe den Stamm in den allerverschiedensten Richtungen geschnitten. Er demonstriert u. a. das Krause'sche Respirationsbündel, das hintere Längsbündel, die Acusticuswurzeln, die centrale Haubenbahn, die Schleife, die Haubenbündel, sowie Bündel aus dem Riechcentrum.

157) **Westphal**-Greifswald: Beitrag zur Pathogenese der Syringomyelie.

Der Vortragende demonstriert mit dem Projektionsapparat mikroskopische Präparate zweier Fälle von Syringomyelie,*) deren klinische Beobachtung er in der Charité gemacht hatte.

In dem ersten Fall handelt es sich um eine 39jährige Frau, potatrix strenua, welche drei Jahre vor ihrem Tode zwei Stock hoch aus dem Fenster gesprungen war und dabei eine Fraktur der linken Tibia und Fibula davongetragen hatte. Seit etwa einem Jahre litt sie an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, bei denen sie wiederholt hinstürzte und sich mannigfache Verletzungen, besonders des Kopfes zuzog. Seit einem Fall mit dem Kopf auf eine Tischkante drei Tage vor ihrer Einlieferung in die Charité soll das Bewusstsein andauernd getrübt gewesen sein. Seit dem schweren Trauma vor drei Jahren leidet die Frau nach Angabe ihres Mannes an reissenden Schmerzen in den Beinen und „Brennen im Hacken", seit einem Vierteljahre zeitweilig an Doppelsehen. Die Muskelkraft und Bewegungsfähigkeit der Frau ist bis zuletzt gut erhalten gewesen.

Bei der Aufnahme war Patientin verwirrt, schwer besinnlich, klagte über Kopfschmerzen. Die Pupillen waren different, die Lichtreaktion zuerst noch nachweisbar, war an den folgenden Tagen erloschen; rechts bestand leichte Ptosis. Lähmungserscheinungen der Extremitäten waren nicht nachweisbar, die Kniephänomene lebhaft. Nirgends Atrophien sichtbar. Eine Sensibilitätsprüfung war bei der Verwirrtheit der Patientin nicht ausführbar. Die Wirbelsäule zeigte leichte Scoliose.

Tod am 7. Tage nach der Aufnahme. Die Sektion ergab:

Pachymeningitis interna haemorrhagica, teils alten, teils frischeren Datums. Frische Blutungen im Pons neben älteren Herden.

Höhlenbildung im Rückenmark vom Cervical- bis zum Lendenmark reichend.

Nephritis interstitialis chronica.

Der Vortragende zeigt an der Hand der demonstrierten Präparate, dass die Höhlenbildung in diesem Fall durch Zerfall einer Gliose entstanden ist. Auf entwicklungsgeschichtliche Störungen zurückzuführende Befunde waren am Centralnervensystem nicht vorhanden. Die Frage, ob das vor Jahren erlittene schwere Trauma als aetiologisches Moment der Syringomyelie herangezogen werden darf, kann an der Hand der Anamnese und der klinischen Beobachtung nicht entschieden werden. Es ergiebt aber die pathologisch-

*) Der klinische Verlauf dieser Fälle und das Sektionsergebnis ist bereits im 64. Bande des deutschen Archivs für klinische Medizin veröffentlicht worden.

anatomische Untersuchung bemerkenswerte Hinweise für die Art der Entstehung des Leidens.

Die demonstrierten Präparate zeigen, dass die noch nicht zerfallene Gliose im Hinterhorn des Lendenmarks mit Klumpen und Haufen alten Blutpigments geradezu überschwemmt ist, dass sich ferner im Pons an den verschiedensten Stellen ausser frischen Blutungen, zahlreiche grössere und kleinere aus Proliferations- und Homogenisationsprozessen der Glia hervorgegangene Herde, nachweisen lassen.

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Herde stets in der Umgebung von Blutgefässen auftreten, von Blutfarbstoff durchtränkt sind, mehr oder weniger veränderte Blutbestandteile enthalten, und dass sich Uebergänge von den frischen Haemorrhagien zu den gliösen, zum Teil Zerfallserscheinungen aufweisenden Herden, auffinden lassen.

Der Vortragende führt die Gründe an, nach denen es wahrscheinlich ist, dass die Gliose des Rückenmarks auf dieselbe Ursache, wie die gliösen Prozesse im Pons, zurückzuführen ist und neigt der Ansicht zu, dass den nachgewiesenen Blutungen eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung dieser Veränderungen zukommt. Die Vorstellung, dass das vor Jahren stattgehabte schwere Trauma zur Haematomyelie des Lendenmarks geführt hat, und dass die späteren leichteren Traumen Ponsblutungen zur Folge gehabt haben, findet in den anatomischen Befunden ihre Grundlage.

Thatsache ist, dass sich aus solchen Haematomyelien Höhlen und Cysten bilden können. Die Frage, ob sich auch progrediente Gliosen aus Blutungen entwickeln können, ist viel diskutiert worden.

Die demonstrierten Präparate sprechen für die Richtigkeit der Annahme, dass, unter uns noch unbekannten Bedingungen, Haematomyelien zur progredienten Gliose und Syringomyelie führen können.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine früher syphilitisch infizierte, an chronischer Nephritis leidende Patientin, welche in benommenen, wahrscheinlich uraemischen Zustand, in die Charité aufgenommen wurde und schon nach zwei Tagen starb. Es bestand eine Atrophie des linken Armes mit partieller Empfindungslähmung, soweit bei dem psychischen Verhalten der Patientin aus der Sensibilitätsprüfung Schlüsse gezogen werden konnten.

Die Sektion ergab Nephritis chronica interstitialis et parenchymatosa, Pachymeningitis interna haemorrhagica, Syringomyelie des Cervical- und Dorsalmarks; im Lendenmark deutliche haemorrhagische Verfärbung des rechten Hinterhorns.*)

Die demonstrierten Rückenmarkspräparate zeigen, dass auch in diesem Fall, wie in dem vorhergehenden, die Höhlenbildung aus einer zerfallenen Gliose hervorgegangen ist, ohne dass in der Entwickelung begründete Anomalien nachweisbar waren. Die Untersuchung des Rückenmarks hat aber einen anderen Befund ergeben, der für die Deutung der Entstehung der Syringomyelie wohl nicht ohne Bedeutung ist. Es fand sich, wie aus der Demonstration hervorgeht, ein langgestreckter Erweichungsherd, der kanalartig die graue Substanz des rechten Hinterhorns vom Sacralmark bis zum oberen Lendenmark durch-

*) Medulla oblongata und Pons ergaben makroskopisch keine Veränderung, sind durch ein Versehen zur mikroskopischen Untersuchung nicht eingelegt worden.

setzte. Der haemorrhagische Charakter des Klumpen von Blutpigment enthaltenden Herdes, sein in allen Höhen nachweisbarer Zusammenhang mit einem Blutgefäss, lassen darauf schliessen, dass derselbe aus einer, sich röhrenförmig durch die graue Substanz erstreckenden Blutung hervorgegangen ist. An diesen langgestreckten Erweichungsherd schliesst sich cerebralwärts unmittelbar die Gliose an, durch deren Zerfall die Syringomyelie hervorgegangen ist. Die Lokalisation der Gliose, ihr reichlicher Gehalt an Blutpigment, weisen darauf hin, dass es sich wohl um kein zufälliges Nebeneinanderkommen dieser Veränderungen handelt, sondern dass Gliose und Erweichungsherd auf dieselbe Ursache zurückzuführen, durch eine Blutung entstanden sind.

Eine Erklärung für den progressiven Charakter der Gliose vermag der Vortragende nicht zu geben, da bestimmte Anhaltspunkte für das Vorausgegangensein einer sich durch das ganze Rückenmark erstreckenden Röhrenblutung nicht vorhanden sind. Wie bei dem vorigen Fall muss auch bei dieser Beobachtung die Möglickkeit in Betracht gezogen werden, dass unter uns noch unbekannten Bedingungen, durch zunächst lokalisierte gliöse Prozesse, progressive Gliosen zur Entwickelung kommen.

Zum Schlusse hebt der Vortragende das Ergebnis seiner Befunde zusammenfassend, hervor, dass dieselben, in Verbindung mit den Untersuchungen Minor's und Fr. Schultze's, auf die Entstehungsweise echter Syringomyelien aus Haematomyelien mit besonderer Deutlichkeit hinweisen, und dass sie diese Genese der Syringomyelie, wenn auch nur für eine kleine Gruppe von Fällen, sehr wahrscheinlich machen.

Die ausführliche Veröffentlichung des Vortrages wird im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erfolgen. (Autoreferat.)

Bericht über die XXVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte.

Baden-Baden, 24. und 25. Mai 1902.*)

Die Frühjahrsversammlung in Baden-Baden war, wie stets, gut besucht. In drei Sitzungen wurden 18 Vorträge gehalten.

Kraepelin widmete bei der Eröffnung Goltz einen Nachruf.

Das Referat erstattete Hoche-Strassburg über „Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie". Dasselbe wird (bei Hirschwald, Berlin) im Druck erscheinen. Die Schlusssätze lauteten:

Epilepsie und Hysterie sind prinzipiell verschiedene Neurosen; die reine Hysterie ist funktioneller Natur in dem Sinne, dass sie eine pathologische Anatomie weder besitzt noch jemals besitzen wird; die Epilepsie ist funktionell nur in dem Sinne, dass wir die ihr zu Grunde liegenden Veränderungen noch nicht kennen. —

Ein gewisser Teil der Fälle von Epilepsie und Hysterie macht differentialdiagnostische Schwierigkeiten, vor Allem in den mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Anfällen. Für die Majorität dieser Fälle besteht bei genügender

---

*) Anmerkung: Wegen Platzmangels sind wir nicht in der Lage, ein ausführliches Referat zu bringen. Der offizielle Bericht erscheint, wie bekannt, im Archiv f. Psychiatrie.
Die Redaktion.

Sachkunde auf Grund konstanter Symptome oder Symptomkombinationen kein Zweifel über die Diagnose; bei einer kleinen Minorität lassen sich aus dem Anfalle selbst keine sicheren differentialdiagnostischen Anhaltspunkte gewinnen. Es giebt kein Symptom, welches mit absoluter Sicherheit den epileptischen Charakter eines Anfalles beweist, auch nicht Zungenbiss und aufgehobene Lichtreaktion der Pupillen.

Die „hysterische Pupillenstarre“ ist keine Störung des Reflexbogens, sondern Unbeweglichkeit der Pupille infolge abnormer Zustände der inneren Augenmuskeln. Aus der Thatsache der Unmöglichkeit, einzelne Fälle differentialdiagnostisch unterzubringen, ist die Existenz einer echten „Hysteroepilepsie“ nicht abzuleiten. Abgesehen von anderen Kombinationen ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass die Hysterie, ohne aus dem Rahmen zu fallen, den dem epileptischen Anfall zu Grunde liegenden centralen Vorgang auszulösen vermag, ebenso wie er, ohne dass es sich um genuine Epilepsie handelt, auch durch andere Umstände ausgelöst werden kann.

In allen differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen sind Verlauf und dauernde Eigentümlichkeiten wesentliche Hilfsmomente.

Hoffmann-Heidelberg demonstrierte zwei Kranke und schloss daran die Schilderung eines der seltenen Fälle von tonischem Facialis-Krampf.

Ebers-Baden-Baden stellte einen Herrn vor, dem wegen chronischen Krampfes der Nacken- und Halsmuskulatur mit gutem Erfolge die Muskelansätze in grosser Ausdehnung durchschnitten worden waren.

Vulpius-Heidelberg zeigte sehr schöne Erfolge bei Sehnenüberpflanzung am Oberschenkel (Fälle von spinaler Kinderlähmung), und schliesslich Schüle-Freiburg einen Mann mit multiplen Neurofibromen.

Schwalbe-Strassburg teilt die Resultate seiner Studien mit über die Frage, inwieweit sich das Relief der Hirnoberfläche auf der Aussenseite des Schädels ausprägt. Iltis, Baummarder, Fischotter lassen die konzentrische Anordnung der Hirnwindungen auf der Schädeloberfläche deutlich erkennen. Beim Menschen sind am geeignetsten die dünnen, mit Muskeln bedeckten Gegenden, also besonders die Schläfenbeinschuppe. Eine hier schräg nach hinten oben verlaufende Furche entspricht dem Anfangsteil der Fiss. Sylv. Das deutlichste Relief macht die mittlere Temporalwindung. Individuelle Schwankungen in der Deutlichkeit. Weibliche Schädel sind günstiger, weil dünner. Für die Praxis wichtig zur Bestimmung der Centralwindung bei Operationen. Seine Befunde haben mit Gall nichts zu thun. — In der darauffolgenden Diskussion weist Vortr. u. a. die Angaben von Möbius über die Anlage zur Mathematik als nicht streng wissenschaftlich zurück.

Erb-Heidelberg (Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Syphilis des centralen Nervensystems) giebt einen weiteren Beitrag für die Lehre von der syphilitischen Aetiologie der Tabes. Er weist darauf hin, dass die pathologische Anatomie bisher nicht imstande ist, Infiltrationen, Geschwülste, Gefässveränderungen mit absoluter Sicherheit als syphilitisch zu erkennen. Anatom und Kliniker begnügen sich mit dem Nachweis, dass das betreffende Individuum syphilitisch ist oder war. Billigerweise muss man aber dann die gleiche Beweisführung auch für andere Veränderungen gelten lassen; nun lässt sich unschwer feststellen, dass in vielen Fällen neben typisch syphilitischen Erkrankungen sich primäre Atrophien und Degenerationen in den weissen Strängen des Rücken-

markes finden, dass anderseits in zahlreichen Fällen von solchen Degenerationen spezifische Veränderungen vorhanden sind, und dass schliesslich primäre Sclerosen sehr häufig gerade bei Leuten vorkommen, die Lues in der Anamnese haben. Das sind Beweise für die syphilitische Natur dieser Sclerosen, die ebenso schwerwiegend oder ebensowenig schwerwiegend sind, wie die Beweise für die Natur der jetzt allgemein als luetisch bezeichneten Veränderungen.

In der zweiten Sitzung teilte Dinkler-Aachen drei recht ausführliche Krankengeschichten von akuter Myelitis mit; Bayerthal-Worms sprach an der Hand einiger Fälle über die Diagnose der Thalamus- und Stirnhirntumoren, ferner Bartels-Strassburg über einen Fall von Sarkom des Ammonshornes, bei dessen Operation sich die Schwalbe'schen Angaben über Orientierung an der Aussenfläche des Schädels (s. o.) von Nutzen erwiesen hatten, Gerhardt-Strassburg zur Anatomie der Kehlkopflähmungen und Fürstner-Strassburg zur Kenntnis der vasomotorischen Neurosen.

In der dritten Sitzung gab zunächst die Mitteilung von Schultze-Bonn über seine guten Erfolge bei operativer Behandlung der Tumoren der Rückenmarkshäute Anlass zu einer lebhaften Diskussion; fast alle Redner sprachen sich trotz der diagnostischen und der operativ-technischen Schwierigkeiten für die Operation aus, ohne allerdings so gute Erfolge wie der Vortragende aufweisen zu können. Dann berichtet von Monakow-Zürich über den Hinterhauptlappen bei angeborener Blindheit; er hat irgend welche Abweichungen in der Furchenbildung der Calcarina-Gegend niemals konstatieren können. Edinger's Vortrag „Zur vergleichenden Anatomie des Vogelgehirns“, erscheint demnächst in monographischer Bearbeitung in den Publikationen des Senckenberger'schen Instituts. Blum-Frankfurt a. M. will an Hunden, bei denen er nach Exstirpation der Schilddrüse die Nahrung in bestimmter Weise (behufs Abschwächung der schweren Erscheinungen) regelte, ausgesprochen psychotische Erscheinungen beobachtet haben. Link-Freiburg referiert einen Fall von Myasthenia gravis. Nissl-Heidelberg spricht über einige Beziehungen zwischen der Glia und dem Gefässapparat, Schröder-Heidelberg über Katatonie im höheren Lebensalter, schliesslich Kraepelin-Heidelberg über „die Arbeitskurve“.

Als Ort der nächsten Frühjahrsversammlung wurde wieder Baden-Baden gewählt, zu Geschäftsführern Hoffmann-Heidelberg und Fischer-Pforzheim, zum Referenten über das Thema: „die Prognose der progressiven Paralyse“ Gaupp-Heidelberg. Schröder.

III. Bibliographie.

LXX) **Pugnat**: La biologie de la cellule nerveuse et la théorie des neurones. Bibliographie anatomique, Oktober 1901. 54 Seiten.

In der ersten Hälfte seiner Arbeit giebt P. einen kurzen Ueberblick über den grössten Teil der in den letzten Jahrzehnten berührten Fragen in der Histogenese, Morphologie und Histologie der Nervenzellen. In dem zweiten Teil, der von der Physiologie handelt, ist sein Bestreben, die neueren Befunde (Apathy, Bethe) mit der Neuronlehre in Einklang zu bringen. Er geht dabei aus von den allgemein-physiologischen Ausführungen Bard's, welche sich dahin zusammenfasen lassen: Die anatomische Spezifität der Gewebe beruht nicht auf der Art ihrer Zellen, sondern auf der Art der Derivate derselben (substances

dérivées): die Funktion der Gewebe hängt gleichfalls von diesen Intercellularsubstanzen ab, nicht von den Zellen (cfr. Knochen, elastisches Gewebe); jedoch sind diese Substanzen in ihrer Ernährung abhängig von den Mutterzellen. P. wendet das nun auf das nervöse Gewebe an und setzt das zwischen den Zellen gelegene Grau ohne weiteres in Parallele mit den substances dérivées der Knochen u. s. w. Die Nervenzellen sind den Fibrillenmassen gegenüber selbständig; erstere sind ausschliesslich das nutritive Centrum des Neurons, letztere das funktionelle; je ein bestimmtes Gebiet von Fibrillenmassen ist von einer Zelle abhängig, aber nur nutritiv, die Zellen haben mit der Funktion nichts zu thun. Erkrankt eine Zelle, so geht auch das ihr zugehörige Fibrillengebiet zu Grunde.

In einem weiteren Abschnitt über die Histopathologie der Zelle verhält sich P. den gemeldeten Befunden gegenüber sehr skeptisch; als einzig sichere pathologische Veränderung lässt er Vacuolisierung des Zellleibes gelten. Manche seiner Angaben, z. B. die, dass Färbbarkeit der ungefärbten Substanzen immer erst eintritt, wenn alle färbbare Substanz verschwunden ist, dürften wohl allgemeinen Widerspruch finden.

Dass wir, wie Verf. gelegentlich hervorhebt, bisher an dem wichtigsten Bestandteil des Centralnervensystems, den leitenden Bahnen, pathologische Veränderungen nicht nachweisen können, sondern immer nur Zellen und auch von diesen nur die funktionell unwichtigen Teile färben, ist richtig und zu bedauern, ist aber nicht Grund genug, überhaupt über die Histopathologie der Rinde den Stab zu brechen. Der aufmerksame Beobachter, der am Methylenblaupräparat nicht ausschliesslich die wenigen grossen Zellen, sondern stets auch die übrigen Nervenzellen, Glia, Gefässe und sonstige vorkommende Elemente studiert, wird mancherlei finden, was Beachtung verdient und was dazu beitragen wird, uns allmählich eine Histopathologie, nicht der Zelle, sondern der Rinde zu schaffen.

Schröder.

LXXI) **Wilhelm Schuppe**: Der Zusammenhang von Leib und Seele (ein Grundproblem der Psychologie). Wiesbaden, J. F. Bergmann 1902. 67 S.

Eine Einwirkung des Leibes auf die Seele und der Seele auf den Leib ist nach Schuppe ganz undenkbar. Auch die Theorie des psychophysischen Parallelismus erscheint dem Verf. als sehr unbefriedigend. Die Unterscheidung von Leib und Seele sei eben eine ganz künstliche Abstraktion. Die Urthatsache ist – so sagt der Verfasser —, dass „das Ich sich als räumlich Ausgedehntes bezw. als einen Leib findet und weiss", und ohne das existiert kein Ich. Das Geheimnis des Zusammenhanges von Leib und Seele ist denn auf diese Urthatsache, dieses Urgeheimnis zurückzuführen.

Die Auffassung, dass die Aussenwelt auf den Leib und dass dieser weiter auf die Seele einwirke, sei gar nicht statthaft; die Aussenwelt wirke eben auf „das sich als einen Leib wissende Ich".

Die Erörterungen des Problems stehen überhaupt auf völlig metaphysischem Boden.

Ragnar Vogt (Kristiania).

LXXII) **Th. Ziehen:** Ueber die allgemeinen Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben. Leipzig, Johann Ambrosius Barth. 1902. 66 Seiten. 1,80 M.

Zunächst giebt Verf. eine Uebersicht, wie sich im Laufe der Zeiten unsere Anschauungen über das Seelenorgan, den Sitz der Seele allmählich entwickelt haben, bis durch die Arbeiten eines Broca, Fritsch, Hitzig, Munk

die moderne Lokalisationslehre zu Ansehen gelangte. Hier nun begnügt sich Verf. nicht mit der Feststellung der einfachen Thatsachen, wie sie uns die Klinik der Gehirnkrankheiten in Verbindung mit den Obduktionsbefunden an die Hand giebt, sondern er zieht Folgerungen, die mir viel zu weit zu gehen scheinen, Folgerungen, die unsern Fortschritt auf dem Gebiete der Hirnpathologie hemmen müssen, und die um so weniger unwidersprochen bleiben dürfen, als gerade in der Medizin eine Behauptung, ohne Rücksicht auf ihre thatsächliche Unterlage, je öfter sie ausgesprochen wird, an Glaubwürdigkeit zu gewinnen scheint. Z. meint, dass sich ausnahmslos für alle psychischen Prozesse eine besondere Beziehung zu den einzelnen Abschnitten der Hirnrinde gefunden hat. So oft man das auch lesen kann, so falsch ist es. Freilich die einzelnen Sinnesqualitäten, Licht, Farbe, Wärme, Geruch u. s. w., die dürften, wenn auch selbst hier noch vieles der weiteren Sichtung bedarf, nur vermittelt werden können durch die Sinneszentren. Ebenso ist irgend wie in der motorischen Region eine cerebrale Vertretung unserer Muskulatur sicher gestellt, welche die Vorbedingung zu unseren Willkürbewegungen enthält. Aber wo nehme ich z. B. die Form einer Kugel wahr, die ich sehe. Z. wird sagen, das materielle Substrat liegt im optischen Lichtfelde. Aber frage ich weiter, wo liegt es, wenn ich dieselbe Kugel fühle, und dieselbe Formwahrnehmung nur mit anderen sinnlichen Qualitäten in mein Bewusstsein tritt? Natürlich im Tastzentrum! Dann aber wäre dieselbe Bewusstseinserscheinung durch zwei in verschiedenen Medien sich abspielende Prozesse repräsentiert, und gleichen Bewusstseinserscheinungen müssen doch wohl gleiche Hirnprozesse zu Grunde liegen.

Vollends nun sollen die Erinnerungsbilder an verschiedene Hirnregionen gebunden sein. Welche Thatsachen sprechen dafür? Wo hat jemals ein Kranker mit umschriebener Hirnläsion gelebt, der alle Raumvorstellung, alle Formerinnerungsbilder verloren hätte. Also wo, in welchem Hirnabschnitt denkt sich Verf. diese lokalisiert? Dass sie an die Hirnrinde, sogar an bestimmte Elemente derselben gebunden sind, dürfen wir nicht bezweifeln, wohl aber dass sie auf bestimmte Teile der Hirnrinde beschränkt sind. Das ist einfach unmöglich, ebenso unmöglich wie etwa, dass $2 \times 2 = 5$ ist.

Aber diese zu weitgehenden Folgerungen aus wenigen bekannten Thatsachen sind nicht das Einzige, was zum Widerspruch zwingt. Z. ignoriert die allergewöhnlichsten Thatsachen psychischer Natur, er leugnet sie (p. 25). „Noch allzu oft ist man heute geneigt, unser Wollen als eine ganz besondere ursprüngliche Willensthätigkeit aufzufassen. Schon Herbart hat in überzeugendster Weise dargethan, dass es ein selbständiges „Willensvermögen“ nicht giebt, dass unsere Willenshandlungen sich aus unseren Empfindungen, Vorstellungen und Gefühlen mit Notwendigkeit ergeben.“ Unser Wille ist eine psychische Thatsache von fundamentaler Bedeutung; ob er sich mit Notwendigkeit aus anderen psychischen Erscheinungen ergiebt, ist hierbei durchaus gleichgiltig, ebenso wie die Gelbempfindung nach Reizung der Netzhaut mit blauem Licht eine psychische Thatsache ist, obgleich sie sich mit Notwendigkeit aus der vorhergehenden Blauempfindung ergiebt. Dass es keinen Willen an sich, d. h. als isolierte psychische Erscheinung, keinen Willen ohne Objekt giebt, das hat der Wille mit allen anderen psychischen Elementen gemein, auch mit der Gelbempfindung. Auch diese tritt nie isoliert auf, sondern immer nur in Bezug auf alle übrigen Farben, immer auch unter räumlichen Beziehungen.

Also mag Herbart's Beweis auch noch so überzeugend sein, zwingender als der Wille in meinem Bewusstsein zeugen, kann er nicht.

Im zweiten Teile seines Vortrages behandelt er die Frage, welche Beziehung besteht zwischen Materiellem und Psychischem. Z. meint, dass die scharfe Trennung der Begriffe materiell und psychisch erst neueren Datums sei; es will mir scheinen, dass Demokrit, wenn er die verschiedenen Geschmackseigenschaften der Stoffe auf verschiedene Formen ihrer Atome zurückführt, doch schon in ganz gleicher Weise wie der moderne Naturforscher für die sinnliche Erscheinung ihre nicht sinnliche Ursache zu setzen wusste. Doch das ist nicht wesentlich. Wichtiger scheint mir die Behauptung, dass der naturwissenschaftliche Nachweis, dass das Blatt selbst nur Massenteilchen darstellt, die in bestimmter Weise angeordnet sind und die Aetherteilchen in bestimmter Weise reflektieren, und dass die Bewegung dieser Aetherteilchen sich fortpflanzt und hier chemische Veränderungen hervorruft u. s. w., erbracht worden sei. Diesen Nachweis soll die Naturwissenschaft erst erbringen! Er ist heute kaum vollständiger, als zu Zeiten des Demokrit, und dass diese Lehre heute auf grössere Anerkennung rechnen darf als zu Zeiten des Demokrit, liegt daran, dass mehr Leute denken, als in früheren Zeiten. Die Lehre aber trägt für jeden Denkenden den Beweis in sich selbst, in dem unserem Denken eigentümlichen Kausalitätsgesetz. Nie wird die Naturwissenschaft die Existenz schwingender Aetherteilchen als Ursache des Lichtes erweisen, immer aber hat der denkende Mensch eine solche nicht sinnliche Ursache aus der sinnlichen Erscheinung erschlossen, und glaubt an sie, als ob er sie sinnlich erfassen könnte.

Sodann geht Z. auf das ein, was er die erkenntnistheoretische Fundamentalthatsache nennt, nämlich, dass alles, was existiert, die materielle Welt sowie die vulgo als psychisch bezeichneten Erscheinungen, ja nur existiere, soweit sie in unserem Bewusstsein enthalten sind. Wir können von nichts reden als wovon wir Kenntnis, Bewusstsein haben, und so sind uns gegeben nur Empfindungen und aus diesen abgeleitete Vorstellungen. Dass Berkeley der erste grosse Vertreter dieser Lehre sein soll, ist mehr als befremdlich. Mir selbst sind, da ich des Sanskrit nicht mächtig bin, die Weisen der Inder nur aus Schopenhauer bekannt geworden, aber ich habe keinen Grund, die Deutung, die dieser geniale Mann dem Grunddogma der Vedantaschule zu teil werden lässt, zu bezweifeln. Wenn diesem Dogma zufolge die Materie kein von der Erkenntnis unabhängiges Dasein besitzt, so sagt das doch nichts, als dass auch sie psychischer Natur ist. Und wenn die Veden und Puranas für die ganze Erkenntnis der wirklichen Welt keinen besseren Vergleich kennen als den Traum, so sehe ich auch hier denselben Gedanken unter einer anderen Form, den Z. geschmackvoller als erkenntnistheoretische Fundamentalthatsache bezeichnet.

Wenn wir aber nur Psychisches kennen, so schafft das doch die Thatsache nicht aus der Welt, dass dieses Psychische in Subjekt und materielles Objekt zerfällt. Z. bestreitet mit Berkeley, dass die Vorstellung solcher materieller Objekte richtig gebildet sei. Ich weiss nicht, ob und wo Berkeley derartiges gesagt hat, aber wenn er eine dahin gehende Aeusserung gethan hat, so war die Vorstellung, die ihn dazu führte, zweifellos eine unrichtige, einem Geist entsprossen, der anders denkt, als wir. Die Vorstellung des materiellen Objektes als der Ursache einer Empfindung besteht in allen Menschen und ist so ursprünglich, dass eine Frage nach ihrer Berechtigung eben ein nicht menschliches, übermenschliches Gehirn voraussetzt.

Und wozu thut Z. diesen Schritt in das Undenkbare, wozu hebt er das Objekt aus der ihm zukommenden Stellung? Um zum Schlusse einen Vergleich zu bringen von einem Gasreservoir, das verschiedene Flammen speist und von diesen bestrahlt wird. „Das Gasreservoir entspricht der Empfindungswelt, die wir sehen und fühlen, die zahlreichen Brenner mit ihren Flammen entsprechen den Gehirnen der Menschen.“ Subjekte und Objekt! Erstere von letzterem beeinflusst und umgekehrt! Storch.

LXXIII) **Adam Adamkiewicz**: Die Grosshirnrinde als Organ der Seele. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens XI. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902. 79 Seiten.

Die Frage nach den Beziehungen zwischen Gehirn und Seele ist von medizinischen Autoren schon oft behandelt worden. Nach Massgabe unserer anatomischen Kenntnisse, sowie der feststehenden klinisch-pathologischen Erfahrungen, hinsichtlich der groben und feinen Morphologie also, sowie der Bedeutung der mehr oder weniger gut abgegrenzten Rindenzentren für die Wahrnehmungs- und Bewegungsvorgänge kann ein Buch, das für Gebildete aller Stände geschrieben ist, natürlich dem Mediziner, insbesondere dem Neuropathologen, nicht wohl etwas Neues bieten.

Interessanter ist in solch populären Darstellungen immer der Standpunkt, welchen der Verf. dem allgemeinen Problem der Beziehung zwischen Stoff und Geist gegenüber einnimmt.

Das ist bei der vorliegenden Abhandlung nicht leicht zu entscheiden. Wenn A., wie es des öfteren geschieht, von dem physischen Substrat eines psychischen Vorganges spricht, sollte man meinen, dass er auf dem Boden des psychophysischen Parallelismus steht. Daran aber wird man wieder irre, wenn man sieht, wie er die Schwierigkeit biomechanischer Probleme durchaus nicht unterscheidet von Fragen metaphysischer Natur.

Seite 26 führt A. nämlich aus: „Es ist ebenso Eigentümlichkeit der Ganglienzelle der Rinde, geistige Bilder zu produzieren, wie es eine Eigentümlichkeit des Bernsteins ist, elektrische Kräfte zu produzieren, des Urans Licht hervorzubringen, der Muschel kostbare Perlen wachsen zu lassen u. s. w.“

„Ist die Entwickelung des buntbeschwingten Schmetterlings aus der am Boden kriechenden Raupe, des Küchleins aus dem Ei weniger wunderbar, als die Entwickelung von Traumbildern aus nervösen Zellen?“

A. hat also garnicht begriffen, dass es sich bei der Embryogenese um rein mechanische Prozesse handelt, die, wenn auch bisher durchaus unerklärlich, doch sicher früher oder später als objektive Vorgänge dargestellt werden können, während die Entwickelung von Traumbildern ein subjektiver Vorgang ist, der mit mechanischen Bewegungen nichts zu thun hat.

Unter dieser, an vielen Stellen zu Tage tretenden Unklarheit, der Verwechselung physischer und psychischer Zusammenhänge, leidet natürlich der ganze psychologische Teil.

So unterscheidet A. p. 16 eine anatomische und eine psychische Gedächtnisschwäche. „Wie die anatomische Gedächtnisschwäche eine natürliche Folge krankhafter Veränderungen des materiellen Substrates ist, welches die Denk- und damit die Gedächtnisarbeit verrichtet, so ist die psychische Gedächtnisschwäche eine Konsequenz der von dem anatomischen Bau des Denkorganes nicht abhängigen Störungen des Seelenlebens selbst.“

Besonders unklar ist auch das Kapitel vom Willen. Verf. glaubt, dass er dem Willensprobleme, dem schwierigsten der Psychologie überhaupt, dadurch das Rätselhafte nehmen kann, dass er elektrische Strömungen der Grosshirnrinde als physisches Korrelat des psychischen Willens hinstellt.

Der zweite und dritte Teil der Abhandlung trägt einen anatomisch-physiologischen Charakter. Die Frage nach der Lokalisation der Sinneszentren und motorischen Territorien wird etwa im Einklange mit den allgemein giltigen Anschauungen entwickelt, wenn auch hin und wieder einige spezifisch A.'sche Ansichten, die bisher sich eine durchgehende Anerkennung nicht zu erringen vermochten, zum Widerspruch herausfordern.

Zum Schlusse polemisiert A. gegen die Flechsig'sche Lehre von den Assoziationszentren. Es ist schade, dass diese z. T. recht treffenden Bemerkungen gegen eine in weiten Kreisen enthusiastisch aufgenommene Lehre, die weder durch pathologische noch sonstige Erfahrungen den Schimmer einer Berechtigung besitzt, an dieser Stelle unbeachtet verhallen werden. Storch.

LXXIV) **Vaschide et Vurpas.** Psychologie du Délire dans les troubles psychopathiques. Paris, Masson & Co., 1902. 190 S.

Unter Delirium verstehen die Verfasser einen von der Norm abweichenden Verlauf der Vorstellungen. Ob hierbei im Gedankenablauf ein logischer Zusammenhang unter dem Einfluss einer beherrschenden Idee besteht, oder ob eine totale Incohärenz obwaltet, ist gleichgültig, ebenso ob Hallucinationen auf den Ablauf der Vorstellungen einwirken oder nicht. Auch ob diese Vorstellungen sich in den Handlungen oder Bewegungen des Deliranten äussern, thut nichts zur Sache.

Man sieht, die Begriffsbestimmung ist lediglich eine negative und umfasst ebensowohl Störungen der Gedankenthätigkeit in der Breite des Normalen wie des Krankhaften. Sie wird um so nichtssagender, als uns leider das, was normaler Ablauf der Vorstellungen genannt zu werden verdient, auch nicht recht genau bekannt erscheint.

Eine Uebersicht über das, was die Autoren seit den Zeiten des Aretäus und Galen bis auf die Neuzeit unter Delirium verstanden haben, füllt den grössten Teil des Buches aus, und zeigt uns zugleich, wie mannigfache Wandlungen die Funktion des Wortes durchgemacht hat und noch erfährt.

„Es ist nutzlos, eine Psychologie des Deliriums schreiben zu wollen, so lange die Grundlagen einer solchen nicht vorliegen.“ Verf. verlangen daher eine eingehende Berücksichtigung der ganzen Krankheit, ihrer Ursachen, ihrer Verlaufsweise und wollen die verschiedenen Delirien nach ihrer klinischen Zugehörigkeit zu bestimmten Krankheitsbildern, andererseits auch nach ihrer Aetiologie in Gruppen teilen und erhoffen den Fortschritt auf diesem Gebiete von der experimentellen Psychologie. Storch.

LXXV) **F. W. Mott**: Vier Vorlesungen aus der allgemeinen Pathologie des Nervensystems. Uebersetzt von Wallach, mit einem Vorwort von Edinger. J. F. Bergmann, 1902.

Die erste Vorlesung gilt der Neurontheorie und den damit in Verbindung stehenden anatomischen, physiologischen und pathologischen Thatsachen. Entwickelungsgeschichte des Nervensystems und der Verlauf der sekun-

dären Degeneration beweisen „die genetische und trophische Unabhängigkeit der nervösen Einheiten.“ Davon ausgehend bespricht M. den Bau der Nervenzelle, der Markscheide und der Schwann'schen Scheide, den Zusammenhang von Funktion und Markbildung und die Geschichte der Entartung des Neurones. Als Extrakt seiner physiologischen Anschauungen stellt er den Satz auf: „jeder Punkt des zentralen Nervensystems ist mindestens in physiologischer, wahrscheinlich auch in anatomischer Verbindung mit jedem anderen Punkte. Der Widerstand gegen die Ausbreitung der Erregung ist veränderlich.“ Die verschiedenen Neura-Systeme lassen sich auf drei Arten reduzieren — ein zuführendes, ein ausführendes und die Assoziationssysteme; an Beispielen wird gezeigt, in welcher Weise das funktionelle Gleichgewicht dieser Symptome gestört werden kann. Die zweite, dritte und vierte Vorlesung sind grösstenteils eigenen Beobachtungen und originalen Betrachtungen über die Entartung des Neurons gewidmet, die im einzelnen Folge mangelnder Blutzufuhr, toxischer Blutveränderungen, der Wirkung von Ueberreizung oder Reizmangel und vererbter Gebrechen des Nervensystems sein kann.

Bei der Erörterung der chemischen Vorgänge bei der Entartung geht Mott genauer auf die Marchi'sche Methode ein; „den Unerfahrenen kann sie zu Trugschlüssen verleiten, aber bei einiger Vorsicht giebt es keine feinere und zuverlässigere Methode.“ Was den chemischen Vorgang bei der Schwarzfärbung der Fettkörper anbelangt, so nimmt Mott an, dass das Myelin sich im Degenerationsprozess chemisch in der Weise zerlegt, dass das komplizierte phosphorhaltige Fett sich in Glycerinphosphorsäure, Stearinsäure und Cholin spaltet. Ein Teil des schwarzgefärbten Fettes stammt aber wahrscheinlich von der Entartung des Proteins des Axencylinderfortsatzes. — Die von Mott angenommene Fettspaltung wurde experimentell dadurch bestätigt, dass im Blute eines Tieres mit durchschnittenem Ischiadicus Cholin auftritt, sobald der Myelinzerfall im Nerven beginnt; hoher Cholingehalt fand sich auch im Aderlassblut eines Kranken mit multipler Sclerose — möglicherweise einmal ein differential-diagnostisches Moment gegenüber der Hysterie. Wenn das Cholin im Blute in grösseren Mengen, die nicht oxydiert werden können, sich anhäuft, kann eine Autointoxikation des Organismus eintreten — für die Grundkrankheit somit ein circulus vitiosus. —

Von chronischen Vergiftungen werden Syphilis und Alkoholismus besprochen.

Mott nimmt für Tabes und progressive Paralyse die gemeinsame Aetiologie der Syphilis an. Die Angabe von Mott, dass „in etwa zehn Prozent der Fälle“ von allgemeiner Paralyse Erkrankungen des Rückenmarkes vorkämen, wird bei uns einiges Befremden erregen, ebenso wie der Versuch, die Lokalisation der Hirnatrophie vorwiegend in den Stirn- und Centralwindungen mit venösen Stauungs-Verhältnissen zu erklären. — Für die Edinger'sche Theorie der Entstehung der Degeneration einzelner Systeme durch Ermüdung bei bestehender toxischer Disposition bringt Mott klinische Beispiele bei. —

In 30 eigenen Fällen von jugendlicher progressiver Paralyse waren beide Geschlechter gleichmässig betroffen; der Beginn fiel zwischen das 8. und 23. Lebensjahr; bei 80 % bestanden unzweifelhafte Zeichen congenitaler Syphilis oder eine entsprechende Anamnese; in den übrigen 20 % war Syphilis wenigstens nicht auszuschliessen. —

Vorstehendes kurze Referat giebt nur eine unvollkommene Anschauung von der ganzen Fülle der Thatsachen, die Mott in den vier Vorlesungen teils nur streift, teils ausführlicher erörtert; an manchen Stellen wird man zu Widerspruch gereizt; immer aber befindet man sich in der Gesellschaft eines originellen und anziehenden Gebietes. A. Hoche (Strassburg).

LXXVI) **L. Krehl:** Ueber die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Sammlung klinischer Vorträge, begründet von R. von Volkmann. Neue Folge. Nr. 330. Leipzig 1902, Breitkopf und Härtel. 18 S.

Eine ausgezeichnete Abhandlung, in der Krehl in klaren Ausführungen den Weg zum richtigen Verständnis hysterischer Erscheinungen zu zeigen sucht.

Nach einer kurzen historischen Einleitung wendet sich der Verf. alsbald der Frage nach dem Wesen hysterischer Zustände zu. Er sagt: „Charakteristisch für Hysterie sind die Umstände, unter denen, die Ursachen, aus welchen Krankheitserscheinungen sich entwickeln.“ In Uebereinstimmung mit Möbius, Kraepelin u. a. hält Krehl die hysterischen Erscheinungen für psychogen, für psychisch vermittelt. Er zeigt sodann, dass es sich bei der Hysterie nicht blos um eine abnorm niedere Reizschwelle, um eine abnorm starke körperliche Reaktion auf psychische Vorgänge handelt, sondern dass noch ein anderes wichtiges Moment hinzukommt: Die körperliche Reaktion dauert an. Dass dies möglich ist, das hat seine Ursache in gewissen Grundgesetzen unserer Organisation. Empfindungen und Vorstellungen gehen, auch nachdem sie unter die Schwelle unseres Bewusstseins gesunken sind, nicht völlig verloren; als reproduzierbare Erinnerungen und als dunkle, im Unbewussten liegende psychische Erfahrungen wirken sie andauernd fort, bestimmen Charakter und Persönlichkeit eines Menschen. Manche können auf associativem Wege, manch andere in Traum oder Hypnose zu aktivem Einfluss auf das Bewusstsein, auf das Handeln gelangen. Alle diese psychischen Elemente stehen nun in naher Beziehung zu körperlichen Vorgängen. Erinnerungsbilder können beim Wiederauftauchen sich wieder mit den körperlichen Vorgängen, die sich früher bei den frischen Vorstellungen eingestellt haben, verbinden. Ebenso können die unbewusst bleibenden psychischen Vorgänge auf die Verrichtungen unseres Körpers einwirken (Beispiel: Suggestion à échéance).

Aus diesen Thatsachen wird es verständlich, dass sich bei der Hysterie häufig die psychische Ursache dem Arzt verbirgt und dass man manchen hysterischen Symptomen ihre Abhängigkeit von Empfindungen oder Vorstellungen nicht ansehen kann. Allein man begreift nun die Möglichkeit, dass hysterische Erscheinungen durch Empfindungen und Vorstellungen erzeugt und weiterhin durch deren Dauerformen (— die grösstenteils im Unbewussten liegen —) unterhalten werden. Die Untersuchungen von Breuer und Freud stützen diese Auffassung; sie beweisen, dass gefühlsstarke Vorstellungen psychische Vorgänge im Unbewussten hinterlassen und dass durch diese psychischen Elemente hysterische Symptome unterhalten werden können. Der Weg einer psychologischen Analyse, den Breuer und Freud betreten haben, ist im Prinzip richtig; er bleibt richtig, auch wenn ihre Auffassung einer stets sexuellen Aetiologie der Hysterie eine unkritische Verallgemeinerung enthält.

Möbius Lehre, dass Empfindungen und Vorstellungen die Ursache aller hysterischen Symptome darstellen, ist nicht zu widerlegen. Auch die trau-

matische Hysterie braucht keine Ausnahmestellung; selbst die hysterischen Folgen des Blitzschlages können psychogener Natur sein. Man ist also heute noch berechtigt, hysterische Erscheinungen mit psychogenen zu identifizieren; ob sie auch künftig immer gänzlich zusammenfallen werden, steht noch dahin.

Die Form der klinischen Erscheinungen der Hysterie bildet keinen berechtigten Einwand gegen ihre psychische Entstehung; für diese spricht namentlich auch der Verlauf der Symptome, ihre Flüchtigkeit bei Kindern und Jugendlichen, ihre grössere Hartnäckigkeit bei Erwachsenen.

Nach diesen Erörterungen, deren klarer Gedankengang hier nur kurz angedeutet werden kann, wendet sich Krehl nun der wichtigen — leider oft vergessenen — Frage zu: „worin liegt die charakteristische, die die Entstehung solcher psychogenen Symptome begünstigende Eigenschaft des Organismus?“ Die Antwort lautet: Hysterische haben (wie auch andere Nervöse) ein empfindliches Nervensystem, sie haben ferner — und das ist ihnen allein eigen — eine abnorme Labilität der körperlichen Vorgänge gegenüber den unterhalb des Bewusstseins ruhenden Radikalen ihrer Vorstellungen. „Die grosse, ausserhalb unseres Bewusstseins liegende Welt psychischer Vorgänge tritt aus ihren Schranken, in welche sie der Gleichgewichtszustand des Gesunden weist, heraus und spielt eine selbständige unheilvolle Rolle. Das ist die Spaltung der Psyche, auf welche die wichtigen und ausgezeichneten Arbeiten Pierre Janet's so nachdrücklich hingewiesen haben.“ — Krehl sieht also, wenn ich ihn recht verstanden habe, in mangelhafter Ausbildung und Festigung des Charakters, im Mangel einer geschlossenen Persönlichkeit die abnorme Grundlage, auf der sich hysterische Symptome entwickeln können. Und damit hat er sicherlich Recht.

Die Schrift Krehl's ist sehr reich an trefflichen Ausführungen, von denen nur ein kleiner Teil hier besprochen werden konnte. Es wird heutzutage über Hysterie sehr viel Unrichtiges und Schiefes geschrieben; Mangel an psychologischer Schulung und ein naives Lokalisationsbestreben haben in unseren neurologischen Kreisen viel Unheil angerichtet, dessen ganze Grösse man immer dann am meisten empfindet, wenn es sich um das Problem der Hysterie handelt. Um so erfreulicher ist es, wenn dem Psychiater der psychologisch geschulte innere Kliniker zur Seite tritt, um einer psychologischen Betrachtungsweise der Hysterie — der einzigen, die heute möglich ist —, die Wege zu ebnen. Zweifellos gehört die Schrift Krehl's zum Besten, was über Hysterie geschrieben worden ist. Erst wenn einmal alle Neurologen sich mit den Fragen innerlich beschäftigt und auseinandergesetzt haben, die hier von Krehl aufgeworfen und, soweit möglich, beantwortet werden, erst dann wird sich eine Verständigung anbahnen lassen. Gaupp.

LXXVII) **H. Spiegelberg**-München: Wesen und Behandlung der Krämpfe im Kindesalter. Würzburger Abhandlungen, II. Band, 5. Heft. 1902.

Verfasser bietet uns eine Darstellung seines Wissens über Pathologie und Therapie der organischen und hauptsächlich der funktionellen Krämpfe des Kindesalters. Dabei ist erfreulich, zu sehen, wie klar und leicht verständlich ihm die schwierigsten, in ihrem Wesen und Zusammenhange noch ganz ungeklärten Dinge sind; nur ist zu bedauern, dass er die seit Soltmann, das heisst seit etwa 25 Jahren, auf diesem Gebiete erschienene umfangreiche

Litteratur nur zum kleinsten Teile und in sonderbarer, fast zufällig scheinender Auswahl kennt. Dass er „Zahnkrämpfe“ anerkennt und als Heilmittel die Scarifikation des Zahnfleisches empfiehlt, ist danach nicht wunderbar, aber im Anfange des 20. Jahrhunderts recht beschämend.

Auf die zahlreichen andern Schiefheiten und Unrichtigkeiten in der Arbeit von Sp. einzugehen, scheint mir überflüssig, weil jeder, der sich mit den Krämpfen des Kindesalters beschäftigt hat, sie beim Lesen leicht selbst bemerken wird.

Die im vorigen Jahre von Hecker-München in den Volkmann'schen Vorträgen gegebene Darstellung der „Tetanie und Eklampsie im Kindesalter“ steht auf einer ungleich höheren Stufe. Thiemich (Breslau).

LXXVIII) **A. Gastpar**: Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt mit besonderer Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge. Stuttgart, F. Enke. 1902. 90 Seiten.

Verfasser erstrebt eine bessere Fürsorge für diejenigen, denen aus äusseren in den gegenwärtigen Verhältnissen liegenden Gründen (Aufnahmeerschwerung, Platzmangel in den Anstalten) die Irrenanstalt verschlossen bleibt. Er will sodann denen raten, welche aus Mangel an Mitteln, an genügendem ärztlichen Rat und unter dem Einfluss von Vorurteilen ihr nicht zugeführt werden. Endlich hat er die Förderung jener im Auge, die auf der Grenze zwischen Neurosen und direkter Geistesstörung stehen, Individuen mit nicht zur Genüge scharf hervortretenden unsozialen Zügen, deren erhaltene äussere Besonnenheit einer zwangsweisen Internierung entgegensteht. Er verlangt, wie viele vor ihm, dass behördlicherseits den Frühaufnahmen Konzessionen gemacht werden sollen, indem er speziell auf Württemberg exemplifiziert, wo 1899 nur 61,6 % der Aufnahmegesuche Erfolg hatten.

Kapitel I bespricht die allgemeinen Aufgaben des praktischen Arztes im Dienste der Psychiatrie und die Vereinsthätigkeit. Ersterer wird auf die Pflicht hingewiesen, dass er für die Aufklärung des Publikums, Förderung der wissenschaftlichen Psychiatrie durch Erhebungen über Erblichkeit sorgen, Einfluss auf Erziehung und Berufswahl zu gewinnen suchen soll. Es werden die therapeutischen Faktoren genannt, die dem mit gutem Willen an die Behandlung Psychischkranker in häuslichen Verhältnissen herantretenden Arzte zu Gebote stehen: Bettruhe, Bäder, Hypnose, narkotische Mittel. — Verfasser glaubt häusliche Pflege für viele Fälle von Erschöpfungspsychosen und „die milderen Formen der Melancholie“ empfehlen zu dürfen, ferner bei Seelenstörungen nach fieberhaften Erkrankungen, Trauma, Puerperium. Generelles dürfte sich in diesem Punkte kaum sagen lassen. In jedem Einzelfalle wird sich nur nach sorgfältiger Ueberlegung eine Entscheidung im Sinne der Wahl einer häuslichen Pflege treffen lassen. Den „milderen Formen der Melancholie“ eine solche zuzubilligen, hat einiges Bedenken. Die Differentialdiagnose depressiver Zustände wird der praktische Arzt nur in den seltensten Fällen treffen und gerade die milderen Formen stellen das grösseste Kontingent zu den impulsiven Suiciden. Depressive Kranke haben ausnahmslos für suicidal zu gelten, und Kompromisse auch mit den bestwollenden Angehörigen bieten keine Sicherheit. — Die Teilnahme der Aerzte an den Bestrebungen der Irrenhilfsvereine ist gewiss erwünscht; Verfasser wird aber bedenken müssen, dass der praktische Arzt die

für eine Bethätigung solcher humaner Interessen nötige Zeit sich vielleicht unter materiellen Opfern an anderer Stelle wird abzwacken müssen, und dass es billig ist, ihn für seine Mühewaltung zu honorieren. Wie das zu machen ist, kann ihn eine neue Einrichtung des hessischen Hilfsvereins lehren.

Kapitel II befürwortet die Verwendung allgemeiner Krankenhäuser zur Pflege mancher, auch unruhiger Geisteskranker, im speziellen wieder mit Berücksichtigung der heimatlichen Verhältnisse des Verfassers. Wenn Verfasser der gemeinschaftlichen Saalpflege mit körperlich Kranken das Wort redet, so ist doch dagegen zu sagen, dass ungezählte Krankenhausleiter sich auf Grund ihrer Erfahrungen dagegen ausgesprochen und die Schwierigkeiten und Misslichkeiten solcher Gemeinschaft hervorgehoben haben. Der Wunsch, die Krankenhauszelle verschwinden zu sehen, ist anerkennenswert. Aber die Saalpflege mit Nichtgeisteskranken hat nicht minder ihre Bedenken.

Kapitel III beschäftigt sich mit der Einrichtung der „Irrenlokale", wie solche in Württemberg bei den Bezirkskrankenhäusern zu finden sind. Die Unzulänglichkeit dieser Provisorien wird betont unter Hervorhebung derjenigen Massnahmen, welche zur Verbesserung beitragen könnten. Weitere Vorschläge entsprechen den auch in anderen Bundesstaaten erhobenen Forderungen: Einrichtung offener Abteilungen und Polikliniken an den Anstalten, Zusammengehen benachbarter Bezirke in der Gestaltung einwandfreier Provisorien, Hebung des Wartepersonals.

Kapitel IV bespricht kurz Griesinger's Programm und referiert kurz über alles, was in der Stadtasylfrage in neuerer Zeit gesagt ist. Verf. streift die Frage der Nervenheilstätten und giebt das Resultat einer Enquete über Zellenbehandlung in 31 deutschen Städten. Die Zusammenstellung würde wirksamer die meist recht jammervollen Verhältnisse so mancher Orte hervortreten lassen, wenn sie durch die Ziffern der Krankenbewegung illustriert wäre.

Das letzte Kapitel handelt von der Ueberwachung Geisteskranker ausserhalb der Anstalt. Ausser einigen ausländischen Systemen wird das in Stuttgart angewandte, allerdings stark polizeilich angehauchte geschildert. Es folgen in Kürze die bekannten Kontrollvorschläge von Erlenmeyer und Medem. Den Beschluss machen Anmerkungen über den Zeitpunkt der Einweisung in die Anstalt und den Entmündigungstermin.

Ein 89 Nummern zählendes Litteraturverzeichnis ist beigegeben. Das Buch erscheint nicht so sehr in der Absicht geschrieben, um eigene Meinungen und Verbesserungsvorschläge zu bringen, sondern um im Zusammenhange kurz über alles zu referieren, was bezüglich der jeweilig darin berührten Fragen von den verschiedensten Seiten gesagt worden ist. Speziell dem praktischen Arzte kann es zur Informierung empfohlen werden. Dannemann-Giessen.

LXXIX) **Iwan Bloch:** Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Erster Teil. Dresden, H. R. Dohrn, 1902. 263 S. Preis 7 Mk.

Bloch beschäftigt sich seit Jahren mit eingehenden Studien über eine Reihe wichtiger Probleme aus der Sexualpathologie. Er hat ein Buch über den Ursprung der Syphilis verfasst, in dem er zu dem Ergebnis kommt, dass die Syphilis aus Amerika stamme und von da erst zu Beginn der Neuzeit nach Europa gekommen sei.

Eine andere Frucht seiner Studien ist das vorliegende Buch, das den

ersten Teil eines grösseren Werkes bildet. Der Grundgedanke der Schrift, zu der Albert Eulenburg ein Vorwort schrieb, ist folgender: Die mannigfaltigen Geschlechtsverirrungen, die man unter dem Namen der Psychopathia sexualis zusammenzufassen pflegt, sind weder ein Produkt der Kultur noch Krankheitsäusserungen einer angeborenen und ererbten Abnormität, sondern erworbene Perversitäten, die sich auf allen Kulturstufen finden und bei denen mancherlei Ursachen, vor allem aber die Uebersättigung und der „Reizhunger“ (Hoche) mitwirken.

Bloch zeigt zunächst: Heterosexuelle und homosexuelle Verirrungen der Geschlechtsbethätigung finden sich zu allen Zeiten bei allen Natur- und Kulturvölkern. Sie sind kein Produkt der Kultur, nicht immer ein Zeichen von Krankheit oder Degeneration. Die Homosexualität ist meist, wenn nicht immer, im Leben erworben. Krafft-Ebing's Anschauungen vom geborenen Urning sind nicht haltbar. Die Völkerpsychologie beweist dies.

Für die Entstehung von sexuellen Anomalien sind bedeutungsvoll: warmes Klima, Gebirgsklima, Rasse, Abnahme der Geschlechtskraft im höheren Alter, Coelibat, Raffiniertheit der modernen Lebensgewohnheiten, ausschweifende Fantasie; religiöse Gefühle, Lehren und Gebräuche, Askese und Hexenglauben; ferner Abnormitäten der Genitalien, sexuelle Inkongruenzen zwischen Mann und Frau, Impotenz, Onanie, Alkohol, Opium, geschlechtlich erregende Moden, weiterhin namentlich auch das „allgemein menschliche Bedürfnis nach Variation in den sexuellen Beziehungen, welches sich unter Umständen, ohne dass etwas Pathologisches zu Grunde liegt, zum geschlechtlichen „Reizhunger“ (Hoche) steigern kann.“ Ferner kommen ätiologisch in Frage: Polygamie, Wüstlingtum, Don Juanismus, direkte Verführung namentlich durch Prostituierte, Zusammenleben Vieler in kleinen Arbeiterwohnungen, Kriegszüge. Für die Homosexualität gewinnen ursächliche Bedeutung: Die Verführung und psychische Ansteckung in Schulen und Pensionaten, in Klöstern und Gefängnissen. Besonders eingehend erörtert Bloch die Gefahr obszöner Bücher, Bilder und Statuen, von Tingeltangel und Zirkus.

Alle diese ätiologischen Faktoren werden in ihrer Bedeutung gewertet, zahlreiche Litteraturangaben dienen der Ansicht des Verfassers zur Stütze.

Die Aetiologie der Homosexualität wird im letzten Teil des Buches noch einmal besonders besprochen. Bloch erklärt sie für viel seltener, als sie nach den Schilderungen mancher Autoren (v. Krafft-Ebing u. a.) und namentlich nach den Angaben der schriftstellernden Urninge selbst sein soll. Dann wendet sich der Verf. den einzelnen Ursachen zu; er lehnt sich dabei an die Ausführungen von Tarnowsky, v. Schrenck-Notzing, Cramer an. Das Wichtigste ist: Die Homosexualität wird erworben. Die Behauptung von der anima mulieris virili corpore inclusa ist unwissenschaftlich und völlig unbewiesen. Die gleichgeschlechtliche Liebe entspringt meist aus „äusseren occasionellen Momenten“. Uebersättigung, Onanie, Furcht vor venerischen Leiden, abnorme Beschaffenheit der Analgegend, Flagellation, künstliche Verweiblichung des Mannes, psychische Infektion durch das Urningtum selbst, bei Weibern auch Ekel vor der Geschlechtsgier des Mannes, falsche Emancipationsbestrebungen — das sind einige der Hauptursachen der Homosexualität.

Bloch spricht sich gegen die Aufhebung des § 175 des Str.-G.-B. aus, da nach seiner Ansicht die moralische und physische Entartung des Menschen-

geschlechts unfehlbar die Folge einer gesetzlichen Freigabe des homosexuellen Verkehrs wäre. „Der Staat muss die Homosexualität bei Mann und Frau energisch unterdrücken, wenn er nicht die Grundlage des gesellschaftlichen Lebens, die in den normalen Geschlechtsbeziehungen zwischen Mann und Frau gegeben ist, bedenklich erschüttern will.“

Die Homosexualität ist vermeidbar und heilbar. Der Urning wird aber nicht im Zuchthaus oder Gefängnis von seinem Uebel befreit werden, sondern viel eher bei zwangsweiser Internierung in Spezialheilanstalten. In diesem Sinne ist also nach Bloch's Meinung eine Modifikation des § 175 zu empfehlen.

Das Buch ist für den, der sich beruflich oder aus Interesse mit sexualpathologischen Fragen beschäftigt, zweifellos eine Fundgrube. Doch ist zu wünschen, dass es nur von Aerzten oder anderen Männern der Wissenschaft gelesen werde, aber nicht von Laien, damit es nicht selbst das verschulde, was es anderen Büchern über sexuelle Dinge vorwirft: die Verführung zu sexuellen Perversitäten. Gaupp.

LXXX) **Croner**: Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. Urban und Schwarzenberg. 1902.

In dem sehr gut ausgestatteten Buche, das auf 490 Seiten die Behandlung aller wichtigen Krankheiten (in alphabetischer Anordnung) schildert, wie sie an den Berliner Kliniken üblich ist, ist das Kapitel: Therapie der Nervenkrankheiten von Rosin bearbeitet. Er giebt auf 35 Seiten eine kurze Zusammenstellung der Grundsätze, nach denen an der medizinischen Universitätspoliklinik (Senator) Nervenkranke beraten und behandelt werden. Neues erfährt man dabei natürlich nicht. Immerhin hat das Buch namentlich für Studenten und praktische Aerzte gewisse Vorteile, da es bei seiner praktischen Anordnung eine rasche Orientierung ermöglicht. Am Schlusse des Buches findet sich ein Kapitel: Vergiftungen (Croner) und eine Darstellung der für den Arzt wichtigsten Vorschriften bezüglich der Aufnahme Geisteskranker in Irrenanstalten. Gaupp.

LXXXI) **Georg Meyer**: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Graphologie. Jena, Gustav Fischer. 81 S., 32 Tafeln.

Es ist — sagt G. M. — die Aufgabe der Graphologie, „die Beziehungen aufzudecken, die zweifelsohne bestehen zwischen der Handschrift und denjenigen individualpsychologischen Thatbeständen, die man unter dem Begriff des Charakters zusammenfasst.“ Insofern ist sie ein Teil der Psychodiagnostik. Besonders ist zu betonen, dass der Handschrift als unwillkürlicher physiognomischer Bewegung in gewisser Beziehung der Vorrang vor den mehr willkürlichen Ausdrucksbewegungen gebühre.

An zahlreichen Tafeln wird zuerst veranschaulicht, was als grosse, kleine, weite und enge Schrift, Strichbreite u. s. w. verstanden werden soll. Ferner wird an Beispielen demonstriert, wie der Schreibdruck und die Schreibgeschwindigkeit aus der fertigen Schrift festzustellen sind. Hier werden auch die Kraepelin'schen Schrift-Wagen-Untersuchungen besprochen. Endlich werden die Neigungswinkel und der Bindungsgrad der Buchstaben, die verschiedenen Bindungsformen, die Zeilenrichtung und andere handschriftliche Eigenarten eingehend beschrieben.

Nach dieser Darstellung der Handschriftenkunde werden die Grundlagen für eine künftige Charakterkunde diskutiert. Nachdrücklich wird darauf hingewiesen, dass nur solche charakterologische Begriffe — Eigenschaftsbezeichnungen — brauchbar sind, die sich auf keine besondere Moralanschauung gründen.

Die Ansicht, dass die Schrift vom anatomischen Bau der Hand abhänge, widerlegt der Verf. in sehr treffender Weise. Selbst wenn man mit dem Munde oder den Zehen schreibt, behält die Schrift doch ihre Eigenart. Richtiger als die „Handschrift" wäre daher die Bezeichnung „Gehirnschrift".

Wie jede Person ihren individuell-charakteristischen Typus der allgemein-physiognomischen Bewegungsform hat, die dem Gange, der Haltung, der Gestikulation u. s. w. den Stempel persönlicher Eigenart aufdrückt, so kommen auch die Ausgiebigkeit, Geschwindigkeit und der Nachdruck der Bewegungen, die Gleichmässigkeit und Vollkommenheit der Koordination, der Grad des allgemeinen Spannungszustandes, die Geschwindigkeit des Einsetzens und Aufhörens der Bewegungen in der Schrift zum charakteristischen Ausdruck. Es gilt dann, sagt der Verf., den ursächlichen Zusammenhang zwischen jenen physiognomischen Eigenarten und bestimmten Charaktereigenschaften aufzudecken — eine Aufgabe, die er vor allem durch Untersuchung der Schriftänderungen während Affektschwankungen zu lösen sucht.

Weiter sind für die Schrift gewisse Vorbilder von Bedeutung. Es giebt Berufs-, National- und Familienhandschriften, die zwar durch bestimmte Charaktereigenschaften bedingt sind, weiter aber auch für die Individuen als Vorbilder dienen. Als letzter Gesichtspunkt wird die Parallelsetzung der Schreibthätigkeit zur associativen Thätigkeit angeführt.

Als praktische Schlussfolgerungen, die durch sehr instruktive Tafeln beleuchtet werden, sind anzuführen:

Hyperkinesie hat eine grosse, an Nebenzügen reiche, schnelle und druckreiche Schrift zur Folge, Hypokinesie eine mehr kleine Schrift, ohne die Zeichen grösserer Geschwindigkeit und höheren Druckes. Der Energische schreibt mit starkem, der Energielose mit schwachem Druck.

Der Geschwindigkeit des Gedankenablaufes geht die Schreibgeschwindigkeit parallel.

Ein gleicher Parallelismus besteht zwischen der Kontinuität der Gedankenverknüpfung und dem Bindungsgrade der Schrift.

Der Reizbare, Unruhige zeigt stärkere Schwankungen hinsichtlich Neigungswinkel, Höhe der Kurzbuchstaben und Zeilenführung; der Ruhige, Gleichmütige schreibt regelmässiger.

Zurückhaltung jeglicher Art äussert sich handschriftlich in Knappheit der Schriftzüge, ferner in verhältnismässiger Enge der Schrift, in mehr eckiger Bindung, steilerem Winkel und den sonstigen Zeichen steilerer Federhaltung; der Sorglose, Ungebundene legt sich keine Einschränkung hinsichtlich der Ausdehnung der Schrift auf, er neigt ferner mehr zu liegender Schrift, zeigt die Ecken mehr abgestumpft und die Zeichen kleineren Federwinkels.

Unternehmungslust, Hoffnungsfreudigkeit lässt die Zeile ansteigen, Verdrossenheit führt eher zum Absinken derselben.

Gross angelegte Naturen schreiben mehr gross, kleinlich geartete mehr klein. Zartfühlende suchen dicke, klobige Züge zu meiden; Eitelkeit vergreift sich in entstellenden Zuthaten; Anspruchslosigkeit hat eher eine

Vereinfachung der Schrift zur Folge. Personen, die in allen anderen Dingen auf sich und ihr Verhalten achten, kommen leichter dazu, auch die Schrift willkürlich zu beeinflussen, als Menschen mit völlig natürlichem Benehmen (stilisierte Schriftformen).

Vor allem warnt doch der besonnene Verf. „vor eindeutiger Verwertung einer handschriftlichen Eigenart.“ „Ein und dieselbe handschriftliche Resultante kann sich ergeben durch Komponentengruppen sehr verschiedenen Wertes.“

R. Vogt (Kristiania).

LXXXII) **Severoserenus**: Aus der Sprechstunde des Anwalts. Forensische u. kriminell-sexuelle Studien. Hannover, Verl. von M. u. H. Schaper. 1902.

Unter dem etwas anmassenden Titel „Forensische und kriminell-sexuelle Studien“ sind eine Anzahl flott geschriebener feuilletonistischer Schilderungen aus der Anwaltspraxis zusammengefasst. Von irgend welcher psychologischer Vertiefung ist nicht die Rede, ebensowenig ist in dem 185 Seiten starken Bande irgend etwas Neues geboten.

Die Erörterungen über die rechtliche Stellung der Frau, bezw. über das psychische Verhalten der Frauen in Rechtsfragen und die daraus gezogenen Schlüsse können nur Kopfschütteln erregen. Georg Flatau (Berlin).

IV. Referate und Kritiken.

I. Progressive Paralyse.

158) **Hoppe**: Statistischer Beitrag zur Kenntnis der progressiven Paralyse. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 6.)

Eine Uebersicht über 500 Fälle aus der Anstalt Alt-Scherbitz, die das gleiche Bild liefert wie die anderweitigen statistischen Zusammenstellungen. Die einzelnen Zahlen bringen für die hauptsächlich interessierenden Punkte nichts Neues. In einer kritischen Besprechung der ätiologischen Momente hebt Verf. mit Recht die symptomatische Bedeutung einiger als ursächlich angegebener Faktoren hervor, wie der Gemütsbewegungen, Traumen und Ueberanstrengungen. Keine der Ursachen hat für sich allein erhebliche Bedeutung, überwiegend wirken die verschiedenen Schädlichkeiten zusammen. Der Lues wird auch hier eine grosse Würdigung zuteil, die anderen Ursachen treten hinter ihr zurück, insbesondere wird die Heredität im Gegensatz zu Näcke gering bewertet. Die entsprechenden Zahlen verhalten sich folgendermassen: Es besteht Heredität allein in 9,2 %, neben anderen Ursachen in 32,3 %. Abnorme Anlage in 0,4 % resp. 2,6 %. Lues allein 5,2 %, vergesellschaftet 20,2 %, wahrscheinl. Lues 1,2 % und 4,6 %. Alkoholismus 3,8 % und 19,8 %. Sexuelle Excesse 0,4 % und 7,8 %. Trauma capitis 3,6 % und 11,4 %. Gemütsbewegungen 5,4 % und 18,8 %. Ueberanstrengung 2,6 % und 9,8 %. Sonstige Ursachen 3,0 % und 16,6 %. Keine Ursache bekannt in 11 %.

Chotzen.

---

159) **Elsath**: Ueber die Aetiologie der progressiven Paralyse in Deutsch-Tirol. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

Bericht über 128 Fälle (104 Männer, 24 Frauen) aus den Jahren 1889 bis 1899, das sind 5,4 % der Aufnahmen. Lues war sicher in 27 %, zweifel-

haft in 34%, kein Anhalt dafür in 39%. Bei den übrigen Geisteskranken bestand nur in 1,3% Syphilis. Es kamen mehrere paralytische Ehepaare vor, einmal paralytische Geistesstörung bei Vater und Sohn, zweimal bei Geschwistern. Das Verhältnis der Zahl der männlichen zu den weiblichen Erkrankungen war 3,9 : 1; dagegen das der an Lues in der Innsbrucker dermatologischen Klinik behandelten Männer und Frauen wie 5 : 6. Das Hauptkontingent stellte die Stadt Innsbruck. Die Zeit zwischen Infektion und Ausbruch der Geisteskrankheit schwankt zwischen 7—20 Jahren. Trauma war elfmal angegeben, meist mit Alkoholismus vergesellschaftet; dieser überhaupt in 36,5% vorhanden, allein bei fünf Männern. Geistige Ueberanstrengung ist fünfmal erwähnt. Heredität in 33%. Von den verschiedenen Berufen erkrankten: von der Landwirtschaft 0,7 pM, Industrie 0,39 pM, Handel und Verkehr 1,38 pM, öffentl. und Militärdienst 0,7 pM, d. i. im Verhältnis wie 1 : 6 : 20 : 10.

Das Material giebt die Verhältnisse einer ländlichen Bevölkerung wieder. Bei den Kranken, die nie in einer Stadt gelebt hatten, bei denen auch von Lues nichts nachzuweisen war, waren stets geschlechtliche Ausschweifungen hervorgehoben, weshalb neben Trauma und Trunksucht in den Folgen geschlechtlicher Ausschweifungen (also auch Lues) die Hauptursache der Paralyse gefunden wird. Chotzen.

---

160) **L. Bianchi** (Napoli): Genesi e nosografia della paralisi progressiva.

(Annali di nevrologia, 1902. Anno 20, S. 1—20.)

Die alte Frage, ob Syphilis als alleinige Ursache der progressiven Paralyse anzusehen ist, kann immer noch nicht als gelöst angesehen werden; die Gründe, die gegen eine solche Annahme angeführt worden sind, erscheinen gewiss berechtigt. Verfasser unternimmt es von neuem das Thema anzuschneiden, auf Grund seiner langjährigen irrenärztlichen Erfahrungen, die sich auf viele Hunderte von Paralytikern erstrecken. Um seinerseits ebenfalls eine Statistik zu liefern, hat er 87 Fälle, die bezüglich der Anamnese absolut einwandsfrei sind, aus seiner Thätigkeit der letzten Jahre zusammengestellt. Von diesen 87 Fällen von Dementia paralytica war nur bei 47 Syphilis als eine der prädisponierenden Ursachen des Leidens anzusehen, davon wieder nur in 12 Fällen als ausschliessliche Ursache, während hingegen in den übrigen 35 Fällen noch andere Momente mitgewirkt haben. 48 mal war hereditäre Belastung als Ursache anzuschuldigen, darunter 17 mal als alleinige Ursache; recht häufig auch, nämlich 26 mal, davon 2 mal als ausschliessliche Ursache, der Alkoholmissbrauch und 14 mal venerische Excesse. Vereinzelt kamen als ätiologisches Moment noch seelische Aufregungen, mangelhafte Ernährung, Trauma, chronische Darmstörungen, akute Infektionskrankheiten, Tabakmissbrauch etc. in Betracht. Die Bedeutung der Heredität für die Entstehung der Paralyse ist neuerdings von verschiedenen Autoren betont worden. Verf. hebt in dieser Hinsicht das häufige Vorkommen von Apoplexie bei den Eltern der Kranken hervor: von den 87 Kranken hatten allein 10 Eltern, die Hemiplegiker gewesen oder an Apoplexie gestorben waren. Dazu kommt, dass die paralytischen Anfälle im Beginne der Krankheit oft genug mit Nierenerkrankungen einhergehen (Bristowe fand unter 75 Paralytikern 60 mal Nephritis, Verf. bei den letzten 20 Sektionen 13 mal mehr oder weniger aus-

gesprochene Läsion der Nieren). Diese engen Beziehungen zwischen Apoplexie der Ascendenten, der die Paralyse einleitenden apoplektischen Anfälle und der sie begleitenden Nierenerkrankungen legen den Gedanken nahe, dass als Ursache der Gefässerkrankungen arthritische Disposition anzusehen ist. — Die Beobachtung ferner, dass der Paralyse öfters Jahre vorher psychopathische Zustände, wie melancholische oder maniakalische Attaken, lang anhaltende epileptische Anfälle, auch Paranoia, akutes sensorisches Delirium vorausgehen, bringen den Verf. auf die Vermutung, dass solche vorausgegangenen Geistesstörungen den Stoffwechsel der Nervenzellen beeinträchtigt haben mögen, infolgedessen sie der Degeneration leicht verfielen. Auf diese Weise erkläre sich auch die Entstehung der Paralyse nach akuten Infektionskrankheiten, Pellagra und Tuberkulose, worüber verschiedene Beobachtungen vorliegen. Uebrigens werde die Hypothese von einem para-syphilitischem Gift in der Genese der allgemeinen Paralyse der Irren Lügen gestraft durch den Nachweis, dass Fälle vorkommen, in denen sowohl Tabes wie Paralyse während des sekundären Stadiums der Syphilis zur Entwicklung kamen; Verf. beobachtete u. a. Fälle, wo die Krankheit sich bereits 10—14 Monate nach der Infektion entwickelte, ja sogar wo die lanzinierenden Schmerzen sich schon einstellten, als die primären Geschwüre noch nicht verheilt waren. Ferner kommen Fälle vor, in denen neben den Erscheinungen der progressiven Paralyse auch klassische Erscheinungen tertiärer Syphilis beobachtet werden, die bei spezifischer Behandlung vollständig schwinden, während die Symptome der Paralyse weiter bestehen bleiben. Auf der anderen Seite giebt es eine grosse Anzahl Fälle von Paralyse, wo bei der Autopsie absolut keine Anzeichen von Syphilis nachweisbar sind, und umgekehrt solche, wo die klassische Gehirnsyphilis besteht, ohne dass sich Anzeichen für Paralyse feststellen lassen. Die Statistik lehrt, dass Paralyse in verschiedenen Ländern, wo die Syphilis sehr verbreitet ist, sehr selten beobachtet wird (z. B. China, Japan, Abessynien etc.), sowie, dass Prostituierte, die doch durchweg syphilitisch infiziert sind, ebenfalls ein nur ganz schwaches Kontingent an Paralyse stellen, während zumeist verheiratete Frauen von dieser Krankheit befallen werden. Nicht selten entwickelt sich die Paralyse vor einer syphilitischen Infektion; es sind Fälle berichtet worden, wo ein in der Remission befindlicher und deswegen entlassener Paralytiker sich syphilitisch infizierte. — Klinische Unterschiede zwischen syphilitischer, alkoholischer und solcher Paralyse, die durch sexuellen Missbrauch oder eine anderweitige Ursache entstanden ist, giebt es nicht. Die progressive Paralyse der Irren ist eine spezifische Krankheit. Syphilis, Alkoholmissbrauch, Vererbung, moralische und psychische Traumen, geschlechtlicher Missbrauch, apoplektische Insulte, vorausgegangene Geistesstörungen und Nephritis beeinträchtigen die nutritive Energie der Nervenelemente, stören ihr biochemisches Verhalten und begünstigen schliesslich die Degeneration derselben und die Entwicklung der bindegewebigen Elemente. Tabes und Paralyse sind von diesem Gesichtspunkte aus sehr ähnliche, wenn nicht sogar identische Prozesse; dort entwickelt sich der anatomisch-pathologische Prozess in den Nervenelementen des Rückenmarkes, hier in denen des Gehirns. Von dem Vorhandensein einer Pseudo-Paralyse konnte sich Verf. bisher nicht überzeugen. Wenn man die wahre Natur eines der echten Paralyse ähnlichen Syndroms (syphilitische Encephalitis, Hirngumma, geistiger Verfall infolge von Arteriosclerose, Senilität oder multipler Erweichungsprozesse) nicht erkennen kann, dann

beruhigt man sich mit der Bezeichnung „pseudo“. Verf. giebt ja zu, dass gelegentlich die Differentialdiagnose nicht leicht sein kann, aber zumeist wird sich dieselbe doch stellen lassen. Man möge daher die Bezeichnung Pseudoparalyse, sowie Pseudotabes fallen lassen und diese Leiden als syphilitische Encephalopathie, Encephalomalacie, als alkoholische oder saturnine Encephalopathie etc. bezeichnen, alles Formen, die sich sowohl bezüglich ihres anatomischen Prozesses, wie auch ihres Verlaufes von der progressiven Paralyse der Irren unterscheiden lassen.

Buschan.

161) **Régis**: Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire. (Arch. de neurol. Juni 1901.)

Beide Eltern waren syphilitisch und zwar brachen die sekundären Erscheinungen bei der Mutter zur Zeit der Geburt des Kranken aus, der als Kind sichere Zeichen hereditärer Lues darbot. Die Krankheit begann im 17. oder 18. Jahre und wurde im 21. Jahre diagnostiziert (vorgeschrittene Demenz, differente starre Pupillen, Sprachstörung, gesteigerte Sehnenphänomene). Als typisch für die juvenilen Paralysen hebt Verf. die hereditäre Lues und die einfach demente Form ohne andere psychische Symptome hervor. Es ist das Röntgenbild einer Spontanfraktur des Oberschenkels beigegeben, die im 20. Jahre erfolgte und natürlich auch auf die Paralyse zurückgeführt wird.

Bennecke (Dresden).

162) **Moravcsik**: Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 5.)

Da sich die progressive Paralyse unter anderen Krankheiten verbergen und die Lähmungserscheinungen lange ausbleiben können, gewinnen die verdächtigen Frühsymptome besonders aus therapeutischen Gründen erhöhte Bedeutung. Verf. bespricht nun eingehend die Anzeichen, die dem charakteristischen Ausbruch der Krankheit jahrelang vorangehen können:

Es stellt sich eine allmählich wachsende geistige Trägheit, Arbeitsunlust, Langsamkeit und mangelnde Initiative ein; der Kranke ermüdet leichter; neurasthenische Beschwerden besonders vasomotorischer Entstehung belästigen ihn; er reproduziert seine Vorstellungen schwerer, findet beim Sprechen und Schreiben oft nicht den gesuchten richtigen Ausdruck; er zeigt weniger intensives Gedächtnis, oft fallen ihm momentan die geläufigsten Dinge nicht ein. Trotzdem kann er zu dieser Zeit manchmal noch bedeutende Geistesarbeiten leisten. Frühzeitig und schleichend ändert sich der Charakter, die Kranken werden impressionibler, wankelmütig, inkonsequent und widersprechend in Gedanken und Handlungen, indiskret, salopp und reizbar, was ihnen anfangs wohl zum Bewusstsein kommt. Ebenso erkennen sie auftretende paranoische Anwandlungen, Argwohn, Misstrauen, insbesondere Eifersuchtsideen noch als krankhaft. Manchmal erscheint ihnen die Aussenwelt ganz verwandelt, wie im Nebel, in Form und Grösse verändert etc; sie haben vorübergehend ein Gefühl grosser Leistungsfähigkeit auf ganz unbekannten Gebieten, besonders im Traum, aber auch im Wachen auftretende Grössenvorstellungen, die den Kranken einen Moment beherrschen können, um dann sofort wieder korrigiert zu werden. Isolierte Hallucinationen treten auf. In einem schon vorgeschritteneren Stadium erscheinen ihnen die Personen der Umgebung verändert, erkrankt. Ein regel-

mässiges Symptom sind Stimmungsschwankungen, vorwiegend aber doch Depressionsgefühle mit präkordialen Beklemmungen und vasomotorischen Störungen (Herzklopfen, Arterienpulsieren, Oppressionsgefühle in Verbindung mit hypochondrischen Klagen). Kopfschmerz zeigt sich in allen möglichen Qualitäten, mitunter im Verein mit Trüb- und Doppeltsehen, Ohr- und Kopfsausen. Der Schlaf fehlt bald, bald ist er unerquicklich, durch Träume und Angstgefühle gestört, die Kranken sind morgens wie betäubt, arbeitsunfähig; bald überfällt der Schlaf sie unwiderstehlich, besonders wenn sie sich geistig beschäftigen wollen. Die Widerstandskraft des Körpers nimmt für alle Schädlichkeiten, selbst Witterungseinflüsse ab, er ist empfindlicher, reizbarer, leicht erschöpft. Verdauungsstörungen, Abmagerung, stets belegte Zunge finden sich häufig. Der Gesichtsausdruck ist krankhaft; Blässe, matte tiefliegende Augen, zeitweises Versunkensein, Unsicherheit, Schlaffheit in Bewegung und Haltung fallen auf. Es kommen ferner vor: nächtliche Temperatursteigerungen, Salivation, Acneeruption, Hautjucken, rasches Erröten und Erblassen, Unregelmässigkeit des Pulses. Kurzdauernde reissende Schmerzen in den Extremitäten, in Gesicht, Zunge, Gaumen etc., auch Parästhesien. Vorübergehende Störungen seitens der Sinnesorgane, wie Trüb- und Doppeltsehen, Ohrensausen, unangenehme Geruchsempfindungen, allgemeine Hauthyperästhesie. Bulbäre Symptome: Atem- und Schluckbeschwerden, plötzliches Versagen der Stimme. Die Schrift beginnt früh zu leiden durch Koordinationsstörungen und Unaufmerksamkeit. Endlich können auch die bekannten Lähmungserscheinungen früh angedeutet sein in Schwankungen der Pupillenweite und -reaktion, Veränderung ihrer Form; in Facialisparese, Stolpern beim Sprechen, häufigem Verreden, Verschleifen der Worte, Zittern der Zunge, Zuckungen im Gesicht; in Veränderung der Kniereflexe. Diese Anzeichen können allen übrigen Symptomen sogar lange vorangehen.

Die Ursache der Frühsymptome sucht Verf. in Cirkulationsstörungen und Reizungen von den beginnenden Entzündungen in Meningen, Ependym und Hirnsubstanz selbst aus. Er glaubt, dass eine geeignete Regelung der Lebensweise, Schonung und Diät die Krankheit aufhalten könne, erwartet aber nichts von antiluetischen Kuren. Chotzen.

---

163) **J. S. Hermann** (Orel): Myoklonische Zuckungen bei progressiver Paralyse. (Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 11.)

Ein 26jähriger Paralytiker zeigt sechs Wochen vor seinem Tode eine zunehmende Regidität seiner Muskulatur, so dass er schliesslich den Eindruck eines mit Tetanie behafteten macht. Dazu gesellten sich bald anfallsweise Zuckungen nicht nur in einzelnen Muskeln, sondern auch Muskelteilen und Sehnen, zuerst in dem rechten Bein, dann in dem rechten Arm, nach drei Wochen im linken Bein, schliesslich im linken Arm und im ganzen Rumpf, die fast continuierlich wurden, sich durch ihre Schnelligkeit, Plötzlichkeit, sowie durch vollständige Unregelmässigkeit auszeichneten und mehr die Flexoren und Adduktoren als die Extensoren betrafen. Bei völliger körperlicher und geistiger Ruhe wurden sie geringer, um bei psychischer Aufregung, Anstrengung, Beobachtung, Untersuchung, selbst bei leiser Berührung besonders der Fusssohle sich ganz bedeutend zu steigern. Zwei Tage vor dem Tode stellte sich Trismus ein. Die Sektion ergab das klassische Bild der progressiven Paralyse. Die myoklonischen Erscheinungen führt H. auf subarachnoidale Cysten zurück, die sich in der motorischen Zone fanden. Hoppe.

164) **Ardin-Delteil** und **Rouvière**: Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale.

(Arch. de Neurol. Dezember 1900.)

Das Krankenmaterial ist wenig zahlreich (35), so dass allgemeine Schlussfolgerungen ziemlich gewagt erscheinen. Besonderes Gewicht haben die Verf. auf die Babinski'sche Modifikation des Plantarreflexes gelegt (Extension der Zehen, „phénomène des orteils"), das Babinski ja diagnostisch für eine Affektion im Bereich der Pyramidenbahn verwertet; thatsächlich fanden auch die Verf. sein Zusammentreffen mit gesteigerten Kniephänomenen. Bennecke (Dresden).

---

165) **A. Marie** und **Buvat**: Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale.

(Arch. de Neurol. Juli 1901.)

Nach einer Durchsicht der Litteratur halten die Verf. die verbalen psychomotorischen Hallucinationen bei Paralyse für selten; vielleicht ist auch für die geringe Zahl der Beobachtungen die durch die Demenz der Kranken und Flüchtigkeit des Symptoms erschwerte Untersuchung verantwortlich zu machen. In den drei mitgeteilten Fällen handelt es sich um ziemlich weit vorgeschrittene Paralytiker mit „Verdoppelung der Persönlichkeit"; sie glauben, dass in ihrem Körper Jemand steckt, der wie sie fühlt und auch hört, mit ihrer Zunge in ihrem Munde spricht, auch mit ihrer Hand schreibt. Die Erklärung, die Sérieux und Marinesco für das Phänomen geben, nämlich anatomisch nachweisbare Läsionen im Gebiete des motorischen Sprachzentrums, lehnen die Verf. ab, allerdings mit Argumentationen, die wenig beweiskräftig sind; die eigenen Beobachtungen enthalten keinen Sektionsbefund. Bennecke (Dresden).

---

166) **Marandon de Montyel**: Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.

(Arch. de Neurol. Juli 1900 u. Juli 1901.)

Bei 108 Paralytikern erwies sich der Geschlechtssinn in 93,5 % in Mitleidenschaft gezogen; es handelt sich um einfache Störungen, keine Perversionen, nämlich Steigerung, Schwächung, Impotenz. Die Abnahme des Geschlechtstriebes ist schon im Prodromalstadium häufiger als die Steigerung, letztere wird naturgemäss mit dem Fortschreiten der Krankheit immer seltener, merkwürdigerweise aber soll sie sich bei den dementen Formen und in ruhigen Zeiten häufiger finden als in erregten Phasen. Beziehungen zu Sensibilitätsstörungen und Modifikationen durch sexuelle Wahnvorstellungen bestanden nicht, dagegen zeigte sich ein direktes Abhängigkeitsverhältnis der Abnahme von dem Grade der motorischen Störungen. Wenn in der Aetiologie Alkohol eine grössere Rolle spielte, so kam meistens eine Steigerung zustande. Diagnostisch glaubt Verf. die Abweichung von der Norm im Prodromalstadium als stützend verwerten zu können, auch soll das Weiterbestehen von Störungen während der Remission die Nicht-Heilung beweisen (es scheint also fast, als ob Verf. den Standpunkt der Heilbarkeit der Paralyse vertritt). Bennecke (Dresden).

---

167) **Brie** (Grafenberg): Tabo-Paralyse und Unfall. Gutachten.

(Der Irrenfreund XLII. Jahrgang, Nr. 3 u. 4.)

Ein Schachtarbeiter, der schon seit mehreren Jahren an Tabes dorsalis litt, zog sich dadurch eine Quetschung des rechten Fusses zu, dass ihm ein

schweres Stück Eisen auf den Fuss fiel. Die Tabes verschlimmerte sich nunmehr rasch, es trat progressive Paralyse hinzu, an der der Kranke schliesslich zu Grunde ging. Brie kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass der Verletzte durch den Unfall zwar vorzeitig erwerbsunfähig geworden sei, dass jedoch diese Erwerbsunfähigkeit auch ohne den Unfall nach einiger Zeit eingetreten sein würde und dass der Tod mit der Verletzung in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Gaupp.

---

168) **Näcke**: Einige innere somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den inneren Hauptorganen des Menschen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 6.)

Verglichen wurden 104 Paralytiker mit 108 Normalen. 39,4 % der ersteren waren hereditär belastet, 39,5 % syphilitisch. Die Untersuchung erstreckte sich auf Herz, Lungen, Leber, Milz und Nieren, und sie ergab, dass die Zahl der Varietäten und besonders die Zahl der Personen mit zahlreichen Varietäten unter den Paralytikern grösser ist als unter Normalen, desgl. auch die Zahl der befallenen Organe. An den einzelnen Organen finden sich besonders die nach Verf. wichtigeren Anomalieen bei Paralytikern häufiger als bei Normalen. Ein Unterschied für Belastete und nicht Belastete ergab sich nicht, nur die mehrfach Belasteten stellten sich ungünstiger. Die inneren „Degenerationszeichen" gingen der Zahl nach den äusseren meist parallel.

Einer genauen Beschreibung der einzelnen vorgefundenen Abweichungen vom Typus folgt eine kritische Würdigung dessen, was man davon als Degenerationszeichen ansehen könne. Als solche werden die seltensten und stärksten Abweichungen hingestellt, soweit sie bei pathologischen Individuen verbreiteter und häufiger sind, als bei Normalen. Es sind abnorme Grösse oder Kleinheit, Mehrlappigkeit oder Fehlen eines Hauptlappens der Lungen. Hypoplasie des Herzens, Hyper- oder Hypoplasie der grossen Gefässe, doppelte Herzspitze, sichtbares Offenbleiben des Foramen ovale. Die Leber variiert auch bei Normalen sehr, als Stigmata könnten gelten: abnorme Grösse und Gestalt, tiefe mehrfache Einschnitte, Mehrlappigkeit und grössere Läppchenbildung; von seiten der Gallenblase: abnorme Grösse, Kleinheit, Divertikel und Einschnürung. Abnorme Grösse und Gestalt der Milz, Lappenbildung und Nebenmilz. Von den Nieren: abnorme Grösse, Kleinheit und Gestalt, auffallende Ungleichheit, einseitiger Tiefstand, Verschmelzung, doppelte Nierenbecken und Ureteren, ausgeprägte Lappung, Gefässanomalien des Hilus.

Verf. misst diesen Anomalien wie den äusseren Degenerationszeichen nur Wert bei, wenn sie gehäuft, ausgebreitet, hochgradig und in den wichtigen Formen vorkommen, und legt den Hauptnachdruck auf persönliche Minderwertigkeit, auf psychisch-physiologische Momente. Trotz dieser eigenen Warnung vor Ueberschätzung ihrer Bedeutung glaubt Verf. doch die Resultate der Zählungen zur Stütze der Ansicht verwenden zu können, dass bei der Paralyse Erblichkeit eine grosse Rolle spielt und dass sie meist ein ab ovo minderwertiges Gehirn zu befallen scheint. Doch leidet ihre Verwertung in dieser Hinsicht unter dem Umstand, dass die Angaben über das normale und pathologische Material von verschiedenen Beobachtern stammen und die Subjektivität in der Auffassung und Verwertung solcher Abweichungen, wie N.

hervorhebt, eine sehr grosse ist. Bedeutungsvoll sind die Ergebnisse aber sicherlich für die anthropologische und pathologisch-anatomische Betrachtung.

Chotzen.

---

169) **Frey:** Multiple Blutungen bei der progressiven Paralyse der Irren. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 4.)

Verf. berichtet über einen der seltenen Fälle von multiplen Blutungen bei der progressiven Paralyse. Nachdem erst Oedeme der Unterschenkel ohne Eiweiss im Urin aufgetreten und wieder verschwunden waren, zeigten sich nach mehreren paralytischen Anfällen die Blutungen: theerfarbener Stuhlgang, Bluterbrechen und zahlreiche punktförmige Blutungen an Brust und Bauch, weniger an den Extremitäten. Der Kranke war benommen und starb einige Tage darauf. Von den inneren Organen weisen ebensolche Blutungen auf: die Schleimhäute des Magens und der Blase, Pericard, Pleura, Arachnoidea, Tela choroidea, die Wand des 4. Ventrikels, die Muskulatur des Herzens, die Nierenrinde. Die Ursache wird in central bedingten Ernährungsstörungen gesucht.

Die Kasuistik kann hier gleich um einen in jüngster Zeit von Ref. beobachteten Fall vermehrt werden, der in einem interessanten Punkte eine auffällige Aehnlichkeit mit dem vorliegenden hat. Die Paralyse bot sonst nichts Bemerkenswertes. Vor Eintritt der Blutungen war der Kranke schon mehrere Wochen abstinent und wurde mit der Sonde ernährt; hatte keine Anfälle gehabt. Er wurde benommen, expektorierte schwer, bekam Bronchitis und Temperatursteigerung. Nachdem in den letzten Tagen wiederholt Nasenbluten aufgetreten war, zeigte sich eines Tages Oedem an beiden Vorderarmen, dem ein ebensolches an den Unterschenkeln nach einigen Tagen nachfolgte. Urin frei. Die Oedeme verschwanden wieder und zwei bis drei Tage danach treten nun auf einmal zahlreiche Blutungen über die ganze Körperhaut verbreitet auf, am zahlreichsten an den Beinen, aber hier nur stecknadelkopf- bis linsengross, dagegen bis handtellergrosse, unregelmässig, aber scharf begrenzte, rotbraune Flecken an Rücken, Bauch, Brust und Oberarmen. Die Benommenheit nahm zu, Pat. starb nach mehrtägigem Bestehen der Flecke. Sektion konnte leider nicht gemacht werden. Es sei auf die Oedeme hingewiesen, die auch hier (aber an Arm und Bein) den Blutungen einige Tage vorangingen und vor deren Eintritt wieder verschwunden waren. Chotzen.

---

170) **Raecke:** Die Gliäveränderungen im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse. (Arch. f. Psych. XXXIV (2). 523—540. 1901.)

R. hat in 15 Fällen von Paralyse das Kleinhirn nach der Weigert'schen Gliamethode gefärbt und bestätigt die von Weigert selber in den Hauptzügen schon mitgeteilten Befunde. Stets sind die Bergmann'schen Fasern der Molekularzone vermehrt; diese Vermehrung ist fleckweise stärker ausgeprägt; die querverlaufenden Fasern bilden einmal an der Peripherie eine Randzone, zweitens mächtige Faserkörbe um die Purkinje'schen Zellen. Letztere selber, sowie die Zellen der Körnerschicht sind zum grossen Teil an Zahl verringert. Im Mark erreichen die Wucherungsvorgänge nur selten eine grössere Ausdehnung. R. stellt den allgemeinen Satz auf, dass bei der progressiven Paralyse in erster Linie die Molekularschicht erkrankt, dann mehr fleckweise die Körnerzone und zuletzt und am wenigsten das Marklager. In der Molekularzone

sind es hauptsächlich die Dendriten der Purkinje'schen Zellen, die geschädigt werden. Die Hauptwucherungsvorgänge werden vielfach in der Umgebung der Gefässe beobachtet. Klinische und physiologische Schlüsse vermeidet Verf. vorläufig daraus zu ziehen. Schröder.

---

171) **Marchand**: De la névralgie dans la paralysie générale.
(La presse médicale 1901, Nr. 65. p. 69.)

Marchand hat an einer Reihe von Paralytikergehirnen das Verhalten der Glia mit den neueren Färbemethoden untersucht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Das Gliagewebe wuchert bei der Paralyse dort am stärksten, wo es schon normaler Weise in grösserer Menge vorhanden ist. Diese Gegenden sind die, die entweder mit der Cerebrospinalflüssigkeit oder mit der Blutflüssigkeit in nähere Berührung kommen. Diese Thatsache führt den Verfasser auf die Vermutung, der auch von anderer Seite schon vielfach Ausdruck gegeben wurde, dass die Krankheit auf einer Toxinbildung beruht, und dass dieses Toxin durch die genannten Flüssigkeiten zu den betreffenden Geweben transportiert wird. Erst in späteren Stadien dehnte sich die Gliahyperplasie auf alle die Bezirke aus, in denen überhaupt Glia vorkommt. Es erscheint dem Verf. ferner wahrscheinlich, dass das nervöse und das Gliagewebe zu gleicher Zeit von einem chronischen Entzündungsprozess befallen werden. Die histologischen Einzelheiten, die die Arbeit bringt, können im Referat nicht wiedergegeben werden. Hier seien nur die Befunde an der Hirnrinde kurz erwähnt. Zuerst proliferiert die Glia in der subpialen Schicht, hier nimmt die Zahl und Breite der Fibrillen zu, die Spinnenzellen vergrössern sich, werden sehr umfangreich, die Zahl der Kerne nimmt zu, eine Zelle enthält oft zwei bis drei Kerne. In den tieferen Schichten der subpialen Lagen nimmt die Wucherung in den Frühfällen schon an Intensität ab, in der Schicht der grossen, kleinen und Pyramidenzellen findet man wenig Veränderungen, am stärksten sind sie in der Nähe und um die Blutgefässe, in späteren Stadien sieht man dann aber auch in diesen Schichten sehr grosse Spinnenzellen und eine stärkere Vermehrung der Fibrillen; letztere ist auch noch in der weissen Substanz nachweisbar, wo ein dichtes Flechtwerk von Fasern um die Gefässe herum vorhanden ist. Cassirer.

II. Andere Geisteskrankheiten.

172) **A. Hoche**: Ueber Dementia präcox.
(Die Deutsche Klinik VI, 2. S. 207—224.)

Hoche schildert klar und anschaulich den derzeitigen Stand der vielumstrittenen Frage der Dementia präcox, giebt unter direkter Anlehnung an Kraepelin eine kurze Beschreibung des klinischen Bildes der Krankheitsgruppe, welche diesen Namen trägt, und setzt die Bedenken auseinander, die andere Autoren sowie er selbst gegen die Anschauungen der Heidelberger Schule geltend zu machen haben. Gaupp.

---

173) **Bourneville** und **Bellin**: Folie d'adolescence.
(Arch. de Neurol. August 1900.)

Die schwer belastete Patientin, die im 13. Jahre eine sehr labile Stimmung gezeigt hatte, wurde im Jahre darauf in einem Waisenhaus unter-

gebracht, wo sie unter religiösen Wahnvorstellungen erkrankte. In den ersten Tagen bestanden dieselben noch; nach einer kurzen Remission brach ein maniakalischer Zustand von einer Woche Dauer aus, dem nach kurzem freien Intervall eine achttägige rein depressive Phase folgte. Seitdem trat keine psychische Störung mehr auf; das Mädchen entwickelte sich vollständig und die Menstruation stellte sich ein. Bennecke (Dresden).

---

174) **Theodor Ziehen**: Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie (Dementia präcox).

(Psychiatrische en Neurologische Bladen 1902, Nr. 1, S. 7 ff.)

Ziehen stellt zunächst die Behauptung auf, die Dementia präcox sei eine „Modediagnose" geworden. Dann bespricht er Begriff und Wesen der Hebephrenie, von der er merkwürdiger Weise anzunehmen scheint, dass sie von Kraepelin und seinen Schülern mit der Dementia präcox identifiziert wird, während sie in Wirklichkeit nur eine Unterform der Krankheitsgruppe darstellt, welche die Kraepelin'sche Schule als Dementia präcox bezeichnet.

Die Hebephrenie ist nach Ziehen eine Psychose der Pubertät; ihr Hauptsymptom ist ein von Krankheitsbeginn ab nachweisbarer, längere Zeit progressiver Intelligenzdefekt. Apathie und Stereotypieen sind „Nebensymptome". Die Hebephrenie ist eine seltene Krankheit; von 5880 Aufnahmen der Jenenser Klinik waren 402 Pubertätspsychosen, von diesen 34 Hebephrenieen; in weiteren sechs Fällen hatte sich die Krankheit auf dem Boden der angeborenen Debilität entwickelt. Demnach waren nicht einmal 1 % aller Aufnahmen Hebephreniker.

Ziehen versucht weiterhin, in eingehenden Erörterungen die Differentialdiagnose der Hebephrenie gegenüber der „hypochondrischen Neurasthenie" und seiner „akuten hallucinatorischen Paranoia" darzulegen. Beide Krankheiten sind Begriffe, die Ref. in der von Ziehen gegebenen Form nicht anzuerkennen vermag. Ziehen kennt bei der Neurasthenie psychische Anfälle, stereotype Haltungen und Bewegungen, einen Negativismus aus „Ueberanstrengungsfurcht", Abulie; er erwähnt einen 19jährigen Gymnasiasten, der auffällig lange an der Thüre steht, ohne hindurch zu treten und später für sein sonderbares Verhalten Ermüdung und „Ueberanstrengungsfurcht" als Motiv angiebt. Der Kranke nimmt eine eigentümliche Stellung ein; er streckt die Arme aufwärts und zieht die Beine stark an. Warum? „um wollüstige Vorstellungen los zu werden." Immerhin ein merkwürdiger „Neurastheniker". Auf S. 16 heisst es: „Stereotype Bewegungen und Haltungen sprechen, wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten (sc. Neurasthenie und Hebephrenie) handelt, nur dann mit einiger Sicherheit für Hebephrenie, wenn kein Angstaffekt, keine pathologischen Sensationen, keine hypochondrischen Vorstellungen und keine Zwangsvorstellungen vorliegen oder vorgelegen haben." Dieses „vorgelegen haben" giebt zu denken. Demnach kennt Ziehen Neurastheniker, welche nach Abklingen eines affektiven Krankheitsstadiums, nach Verschwinden der Angst oder hypochondrischer Ideen stereotype Bewegungen und Haltungen beibehalten.

Wertvoller als diese diagnostischen Ausführungen sind Ziehen's Mitteilungen über die Ergebnisse seiner psychologischen Experimente. Als besonders wichtig sei Folgendes hervorgehoben: Hyperästhesie und Hyperalgesie (z. B. Oxyakoia) spricht mehr für Neurasthenie als für Hebephrenie. Auf dem

Gebiet der Motilität zeigt sich eine grundsätzliche Verschiedenheit der Ermüdungskurve; beim Neurastheniker hat sie einen niedrigen Anfangswert, zeigt ein abnorm rasches Sinken der Werte, während die Kurve des Hebephrenikers ziemlich starke Schwankungen, aber nur eine geringe Gesamtabnahme der Werte aufweist. (Dynamometerversuche.) Starke Steigerung der Sehnenreflexe ist bei Neurasthenie häufiger als bei Hebephrenie; ebenso Anorexie und Agrypnie. Die Reproduktionsfähigkeit (Reproduktion einer vorgesagten Zahlenreihe, Aussuchen gleicher, vorher gezeigter Farbenqualitäten aus der kontinuierlich geordneten Reihe) ist beim Neurastheniker manchmal, beim Hebephreniker fast stets herabgesetzt; letzterer zeigt dabei mitunter das Symptom der Perseveration. Die kombinatorische Associationsfähigkeit ist in der Hebephrenie viel schwerer geschädigt als in der Neurasthenie (Ebbinghaus'sche und Bourdon'sche Probe). Der Hebephreniker zeigt eine geringere Associationsgeschwindigkeit und eine geringere Aufmerksamkeit bei den Versuchen. Er reproduziert eine kurze Erzählung schlechter als der andere, drückt sich im Unterschied von jenem schriftlich schlechter aus, als mündlich. In affektiver Beziehung ist der Neurastheniker abnorm reizbar, hypochondrisch, egoistisch, oft ängstlich, der Hebephreniker vorwiegend apathisch, nur zeitweilig (im Sinne der Abwehr) reizbar, weist nur vereinzelte Angstaffekte bei im Uebrigen fortschreitender Apathie auf.

Aus den Erörterungen über die Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und „akuter hallucinatorischer Paranoia" sei hervorgehoben:

Monotones Grimassieren, Gestikulieren oder monotone tikartige Abweichungen des Ganges sprechen mehr für Hebephrenie, ebenso ausgesprochene Perseveration als Reaktion auf indifferente Fragen und bei Schriftproben. Kindische Grössenideen kommen fast nur der Hebephrenie zu; für diese spricht auch normaler Schlaf und normale und vor allem gesteigerte Nahrungsaufnahme. Negativismus ist differentialdiagnostisch nicht verwertbar. Remissionen oder scheinbare Intermissionen finden sich bei beiden Krankheiten. Die Hebephrenie beginnt häufig mit Apathie, die bei der akuten Paranoia fehlt; sie entwickelt sich auch häufiger als diese auf dem Boden der angeborenen Debilität. Fehlt es an jeder nachweisbaren Gelegenheitsursache, so spricht dies mehr für Hebephrenie als für Paranoia.

Gaupp.

---

175) **Dunton:** Report of a case of dementia präcox.

(Americ. Journ. of the Med. Sciences. Jan. 1902.)

Mitteilung eines Falles von Dementia präcox, katatonische Form, der nichts Besonderes bietet. Verf. rechtfertigt die Veröffentlichung damit, dass diese Fälle in Amerika noch sehr wenig bekannt sind. Ref. vermisst die Mitteilung über etwa vorhandene Gedächtnis- und Intelligenzdefekte.

Kölpin (Greifswald.)

---

176) **Bertschinger:** Die Verblödungspsychosen in der kantonalen zürcherischen Pflegeanstalt Rheinau.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

344 Psychosen (136 m., 208 w.), welche unter die Gruppe der „Dementia präcox" nach Kräpelin fallen, werden nach Heredität, Aetiologie, Erkrankungsalter, Verlauf und Ausgang einer Sichtung unterzogen, die eine Scheidung in drei Gruppen gestattet: 1. erworbene einfache Demenz (27 M., 10 Fr.), 2. die katatonische Verblödung (71 M., 136 Fr.), 3. paranoide Verblödung (38 M., 62 Fr.).

Die erste Gruppe hat meist chronischen Beginn, die Verblödung zeigt stark hebephrenoiden Charakter, die zweite überwiegend akuten, die dritte um so chronischeren Beginn, je mehr der paranoide Charakter von Anfang an hervortritt. Erbliche Belastung ist in allen drei Gruppen gleich erheblich. 83,3 %, 72,5 % und 74,6 %. Die ätiologischen Momente haben keine für den Verlauf charakteristische Bedeutung. — Das Erkrankungsalter zeigt bei Männern und Frauen einige Verschiedenheiten: bei den Männern liegt das Maximum der Erkrankungen in den ersten beiden Gruppen im 20. bis 25. Jahre, in der dritten im 31. bis 35. Jahre; bei den Frauen im 20. bis 40., resp. 16. bis 35. und 25. bis 40. Jahre. Sowie der Gipfel der Kurve bei Frauen flacher ist, so steigt und fällt sie auch langsamer; bei den paranoiden Verblödungen macht die Zeit des Klimakteriums eine deutliche Erhebung. Bei den Männern ist Anstieg und Abfall der Kurve steil. Verlauf und Ausgang gestalten sich noch innerhalb der einzelnen Gruppen verschieden. Unter den einfachen Demenzen überwog bei weitem der chronische Verlauf mit und meist ohne interkurrente Aufregungszustände; einzelne wiesen Uebergänge zur katatonischen Gruppe auf. In dieser war der nach Kahlbaum charakteristische Stadienwechsel nur selten zu beobachten, der Verlauf war sehr mannigfaltig. Gleich im Beginn geistige Schwäche und katatone Symptome (8), dauernd cirkulärer Verlauf (13), manisch-depressive Bilder (79), manische Einzelanfälle mit (5) und ohne (4) nachfolgende Depression, umgekehrt Depressionen mit (13) und ohne (51) nachfolgende Manieen, beide Phasen in buntem Wechsel (6), und schliesslich paranoide Bilder (56) waren hier zu unterscheiden. Die Dauer der einzelnen Phasen wie der ganzen Krankheit war sehr verschieden lang; die spezifisch katatonen Symptome waren bei den Kranken dieser Gruppe stark ausgesprochen; sie traten immer beim Uebergang vom Anfangsstadium zur Verblödung auf. Letztere war meist eine sehr bedeutende. Die meisten dieser Kranken blieben dauernd oder zeitweise verwirrt, nur 46 zeigten klares Bewusstsein; die meisten waren ganz apathisch, nur wenige dauernd oder abwechselnd gehoben und verstimmt. Auch in der letzten Gruppe zeigten sich in vereinzelten katatonen Symptomen Uebergänge zu der vorigen bei 52 Fällen. Hier setzte die Krankheit meist akut mit paranoidem Bilde ein, die Demenz war mehr oder weniger gross. Ein Teil (24) entsprach genau der Kräpelin'schen Schilderung der „Dementia paranoides", andere boten schliesslich (24) ein rein paranoides Bild, akute oder chronische Entstehung. Es bestanden dabei Sinnestäuschungen; die Wahnideen waren nie so fest systematisiert und unveränderlich, wie bei der echten Paranoia. Die Verblödung war nur eine ganz geringe, katatone Symptome fehlten ganz.

In körperlicher Hinsicht traten bei wenigen hysterische und epileptische Erscheinungen auf, dagegen waren sonstige nervöse Symptome und Störungen von seiten des Cirkulationsapparates sehr häufig, auch Abnormitäten von seiten der Haut und ihrer Anhänge nicht selten. Die menstruellen Vorgänge waren von deutlichem Einfluss auf Schwankungen des psychischen Bildes. Fast die Hälfte aller Kranken hatte Strumen.

Von den Schlüssen des Verf. sind noch hervorzuheben: Die meisten reinen Fälle sind in der ersten Gruppe. Bei ihr und der dritten ist die Verblödung gering, bei der zweiten, die viel zahlreicher ist, als die beiden anderen zusammen, meist sehr gross. Das weibliche Geschlecht überwiegt. Psychische Erschütterungen scheinen öfters die Rolle von Gelegenheitsursachen zu spielen.

Der so verschiedene Beginn zeigt äusserst selten reine Manieen oder Melancholieen. Besserungen und sogar Heilungen sind in der zweiten und dritten Gruppe im Beginn häufig, und umsomehr zu erwarten, je akuter der Beginn ist, und je mehr er der reinen Manie und Melancholie ähnelt. Aber gerade nach mehrfachen Heilungen treten oft ganz tiefe Verblödungen ein.

Chotzen.

---

177) **Schüle**: Klinische Beiträge zur Katatonie.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 2/3.)

Durch Zusammenwerfen aller Psychosen mit katatonen Symptomen unter den einen Begriff „Katatonie" begeht man denselben Fehler, den man durch Abtrennen der betreffenden Krankheitsbilder von anderen Gruppen vermeiden wollte. Der katatone Symptomenkomplex ist weder klinisch noch symptomatologisch eindeutig. Nur in einem Teil der Fälle tritt er selbständig auf, in Verbindung mit der primären Demenz und bildet ein eigenes Krankheitsbild mit besonderem Verlauf und Ausgang in den bekannten Defektzustand. In anderen Fällen aber zeigt er sich episodisch im Verlauf anderer Krankheitsformen, kann wieder verschwinden, oder auch den weiteren Verlauf beherrschen und noch zur Demenz führen. Am bekanntesten ist sein Vorkommen bei der Paralyse, aber auch bei der Paranoia, der originären und nicht originären, schieben sich nach langem Verlauf ohne muskuläre Symptome sowohl Attonitätszustände ein, die hier eine enge Beziehung zu sexuellen Reizungen (Masturbation, Uterinleiden) haben, als auch Stereotypien, durch krankhafte Sensationen veranlasst. Periodische Manieen und Stuporformen sind mit dem katatonen Komplex verbunden und auch für die „Melancholia attonita" wird daran festgehalten, dass sie eine wahre Melancholie ist. Mit akutem Verlauf zeigt sich das Symptom in hallucinatorischen Wahnsinns- und Verwirrtheitszuständen, teils als begleitende motorische Spannungsneurose, teils als episodische Zustandsform einer psychischen Erschöpfung. Sexuelle Grundlage hommt auch hier wieder neben konstitutionell-neuropathischer in Betracht. Die katatone Phase tritt einmal oder cyclisch auf; oft leitet sie die Erkrankung ein und geht nach kurzer Dauer in Heilung oder Demenz über.

Trotz ihrer äusserlichen Aehnlichkeit haben die katatonen Symptome in den verschiedenen Fällen verschiedenen Ursprung und Bedeutung; nicht immer sind sie das Zeichen einer primären Miterkrankung des motorischen Apparates, sie können auch reaktiv durch zugrundeliegende Sensationen und Wahnideen hervorgerufen sein, wie bei vielen Paranoien, oder können, wie bei der Melancholia attonita „ein psychisch bedingtes Folgesymptom", „eine plastisch gewordene physiognomische Geberde" sein. Demgemäss ist auch die Symptomatologie überaus mannigfaltig. Attonität und Stupor binden sich in wechselnder Weise; das Bewusstsein schwankt von völliger Lucidität bis zu tiefem Stupor; die Stimmung kann in allen ihren Varianten anklingen, der Wille bald mehr, bald weniger gebunden sein. Dieselbe Mannigfaltigkeit zeigt das Verhalten des muskulär-motorischen Apparates selbst, in welchem bald mehr das „Psychische", bald mehr das „rein Motorische" zum Ausdruck kommt. Alle diese wechselnden Erscheinungsformen werden eingehend dargestellt und der gesamte körperliche und psychische Habitus dabei besprochen.

Aus dieser Verschiedenartigkeit des Auftretens Anhaltspunkte für ihre

verschiedene klinische und prognostische Bedeutung zu finden, ist die vorerst zu lösende Aufgabe; vorläufig gestattet das Erscheinen des katatonen Symptomenkomplexes nur einen allgemeinen Schluss auf einen schweren Verlaufscharakter, aber ob er im einzelnen Falle wieder verschwinden oder dauern wird, ob er den Weiterverlauf beherrschen oder unbeeinflusst lassen wird, ist bis jetzt nicht zu erkennen; einen Verdacht kann man im Anfang aus einzelnen Symptomen wie: Verbigerieren, der Beharrung einzelner psychischer Akte, wohl schöpfen, Gewissheit erlangt man immer erst nachträglich. Nur da, wo der Verlauf von den katatonen Symptomen beherrscht wird, wo diese die oben erwähnte Selbständigkeit haben, sollte man von „Katatonie“ sprechen, wo dagegen der Verlauf mehr einem sonst bekannten Bilde entspricht, die Krankheit danach benennen als „katatone Manie“, „katatone Verwirrtheit“ etc. Nicht einmal für die Prognose dieser Grundformen ist durch Hinzutreten der motorischen Episode ein sicherer Anhaltspunkt gegeben. Akutes Eintreten scheint wohl günstiger zu sein, als chronisches, Stereotypieen günstiger, als muskuläre Attonität; das wichtigste Kriterium für den Ausgang bleibt aber doch der psychische Status und daneben das gesamte körperliche Befinden. Chotzen.

---

178) **Paul Masoin:** Remarques sur la Catatonie.
(Journal de Neurologie 1902, Nr. 4.)

Die Kenntnis der Katatonie als einer wohlcharakterisierten Geisteskrankheit ist im Ausland noch wenig verbreitet. Allmählich fängt man aber auch dort an sich mehr mit ihr zu beschäftigen. Masoin, ein belgischer Irrenarzt, giebt in der vorliegenden kleinen Abhandlung hiervon einen Beweis. Der Verf. schildert zunächst zwei typische Katatoniker, einen 33jährigen Bauern und ein 28jähriges Mädchen. In beiden Fällen war die Geistesstörung im Anschluss an eine fieberhafte Krankheit ausgebrochen; die psychomotorischen Störungen sind in grosser Mannigfaltigkeit vorhanden, es bestehen verworrene Wahnbildungen und eine hochgradige Demenz. Das Mädchen bietet vor allem das Symptom des Negativismus, der männliche Kranke zeigt Flexibilitas cerea, Verbigeration, Sprachverwirrtheit, Echopraxie, Tics, Stereotypieen, impulsive Handlungen.

Masoin betont nun zunächst die uns längst geläufige Auffassung, dass die Katatonie kein Symptom, nicht mit flexibilitas cerea identisch sei, sondern einen einheitlichen Symptomenkomplex darstelle, der sich namentlich bei der Dementia präcox finde. Die psychomotorischen Störungen sind nicht die Folge von Hallucinationen, sondern bestehen neben ihnen, manchmal auch ohne sie. Sie finden sich nicht bei allen Fällen von Dementia präcox, vielmehr kommt diese Krankheit auch ohne katatonische Symptome vor. Aschaffenburg's Identifizierung von Hebephrenie und Katatonie ist also nach Masoin's Ansicht nicht zulässig. Katatonische Symptome finden sich ferner: bei Hysterischen, verblödeten Epileptikern, Paralytikern in der zweiten und dritten Periode ihrer Krankheit, bisweilen auch bei senil-Dementen und sehr häufig bei Idioten. Es ist diesen psychomotorischen Störungen sowohl bei der Dementia präcox als auch bei der Idiotie zweierlei gemeinsam: sie stehen in keinem psychologischen Zusammenhang unter sich, noch auch mit Wahnideen oder Sinnestäuschungen und sie haben keinen sinnvollen Zweck, sind nicht der Ausdruck

bewusster psychischer Vorgänge. Sie sind eine echte Aeusserung des cerebralen Automatismus, entstehen nur auf dem Boden der Geistesschwäche. Die Hebephrenie ist nur eine Spätidiotie. Ohne Anamnese wäre es oft nicht möglich, einen Hebephreniker im Endstadium von einem Idioten zu unterscheiden. Es giebt Idioten mit und ohne katatonische Symptome, und ebenso giebt es — das hat schon Christian hervorgehoben — Hebephreniker mit und ohne katatonische Symptome. Diese Erscheinungen kommen nun als Aeusserungen eines Gehirnautomatismus gelegentlich auch in anderen psychotischen Zuständen vor, so z. B. bei der Epilepsie, in der Trunkenheit, im Stupor nach Kopfverletzungen und ähnlich auch im kataleptischen Stadium der Hypnose (Crocq der Jüngere). Allen diesen so verschiedenartigen Zuständen ist Eines gemeinsam: es fehlt der dirigierende und kontrolierende Einfluss des Bewusstseins („l'absence de direction et de contrôle de l'intelligence; celle-ci n'est même plus faussée dans sa direction, comme dans les délires; elle est inerte"). Alle sogenannten katatonischen Symptome sind Akte des reinen Automatismus und darum finden sie sich immer dann, wenn das Bewusstsein verdunkelt ist, also namentlich in Stuporzuständen, umsomehr, je grösser die „inertie cérébrale" ist. Das verschiedene Aussehen der katatonischen Symptome ist bedingt durch die Verschiedenheit der Automatismen in den motorischen Zellen und Zentren des Gehirns.

Soweit Masoin. Man mag den theoretischen Ausführungen, die ja nur einen vorläufigen Erklärungsversuch darstellen, in mancher Hinsicht skeptisch gegenüberstehen, jedenfalls zeugt die Arbeit von gutem klinischem Verständnis und beweist, dass die Anschauungen, die seit Kahlbaum's Arbeiten in Deutschland sich, wenn auch langsam, Bahn brechen, auch in der ausländischen Psychiatrie immer mehr Boden gewinnen. Gaupp.

---

179) **Dufour:** Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoide.
(Revue neurologique Nr. 21. I. 1900.)

Der Autor war in der Lage, bei einer Typhusepidemie in den Monaten August und September vorigen Jahres die Erscheinungen der Katalepto-Katatonie unter 40 Fällen, bei welchen nach denselben geforscht wurde, dreimal aufzufinden. Bei den betreffenden drei Kranken, weiblichen Personen, liess sich lediglich Flexibilitas cerea der Glieder ohne Kontrakturen konstatieren; kataleptische Stellungen waren ebensowohl an den unteren als den oberen Extremitäten zu erzielen. Eine der Kranken war durch Befehl dahin zu bringen, bestimmte Stellungen einzunehmen und beizubehalten. In allen drei Fällen traten die Erscheinungen während der febrilen Periode der Erkrankung auf. Eine der Patientinnen starb am 20. Tage der Erkrankung bei einer Temperatur von 42° an Darmblutungen; die beiden anderen Kranken genasen.

Es muss bei dieser Gelegenheit, wie schon in einem früher von uns referierten Falle, konstatiert werden, dass der Forschungseifer den Autor zu Experimenten an seinen Kranken verleitet hat, über deren Unzulässigkeit und Verwerflichkeit nicht der geringste Zweifel bestehen kann. Der Autor hat sich nicht gescheut, die fiebernden Kranken aus dem Bett zu nehmen, sie in aufrechter Stellung in die verschiedensten Positionen zu versetzen, wie dies bei hypnotischen Experimenten geschieht, sie durch Befehle zu veranlassen, ihm

durchs Zimmer zu folgen etc. Man sollte doch glauben, dass ein einigermassen gewissenhafter Arzt Bedenken tragen müsste, mit fiebernden Typhuskranken derartige entschieden gefährliche Experimente vorzunehmen.

L. Löwenfeld.

---

180) **Kaiser:** Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 5/6, LIX, 1.)

Das in dieser Zeitschrift (Nr. 144) von Nissl im allgemeinen erörterte Verhältnis hysterischer Symptome zu akuten Psychosen wird hier etwa im gleichen Sinne an drei Beispielen besprochen. Es erhellt daraus die Unmöglichkeit aus einzelnen Symptomen oder sogar aus einem Zustandsbilde eine klinische Diagnose zu stellen. Denn je nach der Auffassung, die man aus dem ganzen Krankheitsverlauf und dem gesamten psychischen Habitus gewonnen hat, giebt man dem einzelnen Symptom verschiedene Deutung, wie gerade aus den vorliegenden Krankengeschichten zu ersehen ist. Im ersten Fall handelt es sich um eine zweifellose Katatonie, bei welcher aber Anfälle auftraten, die psychogenen Ursprungs erschienen und daher für sich allein, losgelöst von dem übrigen Bild, als hysterische angesehen werden konnten. Schwieriger und interessanter ist der zweite Fall. Hier bestanden schon in der Jugend Krämpfe hysterischer oder epileptischer Natur. Die psychische Erkrankung verlief in hallucinatorischen Anfällen, die den hysterischen sehr ähnlich sehen und die man auch als auf psychogenem Wege ausgelöst ansehen konnte. Daneben bestanden nun aber Anfälle rein hysterischen Charakters. Verschiedene Momente, wie der Nachlass der geistigen Fähigkeiten z. Z. der Pubertät, gewisse Stereotypieen in der Psychose, Zeichen von Demenz u. a. machen eine Dementia präcox sehr wahrscheinlich und es ergäbe sich also eine Katatonie mit hysterischen Anfällen und Dämmerzuständen. In dem dritten Falle wiederum begleiten bei einer Kranken von dem typisch-hysterischen Charakter eine hallucinatorische Psychose stuporöse Hemmungszustände, die jahrelang andauern und sich in Nichts von den katatonischen unterscheiden; nur rechtfertigt ihre leichte Beeinflussbarkeit durch suggestive Momente und ihre ähnliche Entstehung ihre Auffassung als hysterische. Also eine Hysterie mit katatonischen Stuporzuständen.

Die Deutung der Krankheitsbilder ist sicherlich eine ganz richtige. Aber doch bleibt die Frage nach dem Verhältnis der beiden Symptomengruppen nach wie vor offen. Man kann ebensowohl annehmen, dass verschiedene Erkrankungen gleiche Symptome machen, dass also ein kausales Verhältnis zwischen der angenommenen Grundkrankheit und den andersartigen Symptomen vorliegt, so im ersten Fall, oder man kann an ein Nebeneinander zweier verschiedener Erkrankungen denken; denn das Bestehen einer konstitutionellen Anlage schliesst das Auftreten einer akuten Psychose doch wohl nicht aus, die dann entsprechend modifiziert sein kann. Das trifft vielleicht für die letzten beiden Fälle zu, wenigstens in dem zweiten bestanden doch hysterische Symptome, wie Verf. selbst annimmt, schon in der Kindheit, also schon vor der Psychose, die als Dementia präcox angesehen wird. Chotzen.

---

181) **A. Hoche**: Das akute hallucinatorische Irresein.
(Die Deutsche Klinik VI, 2. S. 197—206.)

Kurze Schilderung der Amentia (Synonyme sind: akutes hallucinatorisches Irresein, akuter Wahnsinn, akute hallucinatorische Verworrenheit, akute Verwirrtheit). Sie entsteht akut auf dem Boden der Erschöpfung, hat einen vorwiegend günstigen Verlauf. Hauptsymptome: traumhafte Bewusstseinstrübung, lebhafte Sinnestäuschungen, motorische Reizerscheinungen, Verlust der Orientierung, starke Affekte, namentlich Angst. Zu einem festen Wahnsystem kommt es nicht. Die Verworrenheit ist nicht die einfache Folge reichlicher Sinnestäuschungen, sondern das Produkt verschiedener Störungen (Ratlosigkeit durch mangelndes Verständnis des Wahrgenommenen, Illusionen, Ideenflucht).

Gaupp.

---

182) **Freyberg**: Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 1.)

Es handelt sich um einen 38jährigen, erblich nicht belasteten Mann, der mit 24 Jahren eine „melancholische Verstimmung" von $^1/_4$jähr. Dauer durchgemacht hatte und nach einem längeren Prodromalstadium von Schlaf- und Appetitlosigkeit wieder erkrankte unter einem Bilde tiefer Depression mit Selbstanklagen, Suicidideen und -Versuchen, hypochondrischen Sensationen (zwei Köpfe) und Hallucinationen. Sehr bald tauchten Verfolgungsideen auf und bei einem lebhaften Misstrauen gewannen sie immer mehr an Ausdehnung, unter Systematisierung und Transformation entstand ein festes System von Verfolgungs- und Grössenideen, das im Kern auch während mehrfacher Unterbrechungen des Anstaltsaufenthaltes gleich blieb, doch noch ausgebaut und verändert wurde. Im siebenten Jahre der Krankheit machte sich nun, schon in der Anstalt, in Aenderung von Stimmung und Benehmen des Kranken ein Umschwung bemerklich und nach der Entlassung kam es rasch zu völliger Heilung.

Die Bezeichnung eines solchen Falles als chronische Paranoia kommt einer Warnung vor der Aufstellung einer selbständigen Paranoiagruppe gleich. Unseres Erachtens ist der Fall geradezu ein Paradigma für die Anschauungen Wernicke's. Das oben charakterisierte akute Bild als melancholisches Vorstadium anzusehen, ist doch nur im Hinblick auf die lange chronische Phase möglich, für sich gesehen und mit Berücksichtigung der voraufgegangenen ähnlichen Erkrankung stellt es eine schwere akute Psychose dar, die der Krankengeschichte nach mindestens 3—4 Monate gedauert haben muss, an die sich dann ein sehr schleichend verlaufendes chronisches Stadium anschliesst, das natürlich ein paranoisches ist. Die An- und Umbildung von Wahnideen, also die Aktivität des krankhaften Prozesses, dauerte noch bis in das fünfte Jahr. Bemerkenswert bleibt dabei die Heilung nach solcher Dauer in einem Stadium, das aller Erfahrung nach ein endgiltiges Defektstadium zu sein pflegt, immer noch, vielleicht kommt sie aber zu einer Zeit, da die Kranken die Anstalt schon längst verlassen haben, noch öfters vor.

Solche Beobachtungen sollten daher dazu veranlassen, die klinische Form und Stellung derartiger chronischer Fälle möglichst eingehend zu analysieren, um aus etwaigen weiteren Fällen Charakteristika für ihre besondere Stellung zu gewinnen. Sie aber „chronische Paranoia" zu benennen, was ja als Zustandsbezeichnung für die chronische Phase vollkommen gerechtfertigt wäre,

ist so lange verwirrend, als derselbe Name zur Kennzeichnung klinischer Bilder anderer Entstehung und anderen Ausgangs gebräuchlich ist. Man sollte diesen darum, wenn man ihn überhaupt als selbständige Krankheitsbezeichnung beibehalten will, höchstens in der von Kraepelin gewählten Begrenzung anwenden. Chotzen.

183) **Allan Mc. Lane Hamilton** (New-York): „The neurotic indications of presenility."

(The Medic. Rec. 28. Dezbr. 1901.)

Eine der wichtigsten und nicht immer genügend gewürdigten Ursachen des vorzeitigen Alterns liegt in nervösen, durch Gefässveränderungen hervorgerufenen Störungen. Als Symptome solcher Störungen sind zu nennen: eine gewisse Unbeständigkeit des Pulses, so dass die zu verschiedenen Tageszeiten aufgenommenen Pulskurven unter sich ganz verschieden sind; ferner ein gewisser cerebraler Reizzustand, durch den die normale mittlere Stabilität der Hirnthätigkeit gestört wird. Solche Kranke werden infolge geringfügiger Reize aufbrausend, zornig, ungeduldig; die geistigen Prozesse gehen langsamer und beschränkter vor sich als im Normalzustande; die Fähigkeit zu intellektueller Anstrengung verliert sich; kompliziertes Urteilen und Schliessen wird mehr und mehr vermieden; Ideen-Association und Gedächtnis werden schwächer; die gesamte geistige Thätigkeit nimmt den Charakter des Automatischen an. Dabei fühlt der Kranke die Abnahme seiner Geisteskräfte, ohne ernstlich zu versuchen, ihr entgegenzutreten. — Auch die Kopfschmerzen, die sich bei manchen Leuten im Alter von 30 bis 40 Jahren einstellen, sobald sie sich körperlich oder geistig anstrengen, hängen unzweifelhaft mit plötzlichen Veränderungen im Durchmesser von Hirnblutgefässen zusammen. Ebenso lassen sich Krämpfe in den unteren Extremitäten, wie sie sich bei manchen Personen als erstes Zeichen vorzeitigen Alterns zeigen, ferner Schwindel verschiedener Art, Schlaflosigkeit u. s. w. auf Störungen in dem Blutumlaufe zurückführen. Voigt.

184) **Schott** (Zwiefalten): Ueber Melancholie. Vortrag auf der württbg. Psychiater-Versammlung.

(Medizinisches Korrespondenzblatt des württbg. ärztlichen Landesvereins 7 u. 8.)

Nach einem historischen Ueberblick über die Definition der Melancholie berichtet Schott über die statistischen Ergebnisse von 250 Fällen von Melancholie in Bezug auf Stand, Geschlecht, Heredität, ätiologische Momente, Alter bei der Erkrankung, sowie körperliche und psychische Symptome und deren Bedeutung. Schott nennt die Melancholie eine Geistesstörung, „deren Charakteristicum ein anhaltender trauriger Affekt ist und bei welcher Wahnideen im Sinne des Kleinheitswahnes und der Versündigung eine grosse Rolle spielen. Wahnideen und Empfindungen entspringen dieser krankhaften Depression". Er bespricht darauf die Differentialdiagnose und Prognose. Besonders hervorheben möchte ich: unter seinem Material waren 38 % recidivierende Fälle, 54 % Heilungen, wobei die recidivierenden Fälle überwogen. Schott fand, die Krankheitsdauer nehme von Jahrzehnt zu Jahrzehnt zu; die Zeit und Endprognose der mit klimakterischen Störungen einsetzenden Melancholieen ist weniger günstig, die Melancholieen des Involutionsalters scheinen am meisten Neigung zu paranoider Umwandlung zu haben.

Krauss (Kennenburg).

185) **Tiling:** Zur Paranoiafrage.

(Psychiatr. Wochenschrift 43 u. 44. 1902.)

Nach Tiling ist ein Gefühl, das zu Grübeleien, Mutmassungen, zuletzt zu Ueberzeugungen führt, der agent provocateur, der den Geist in die Irre führt, statt ihn auf Schritt und Tritt zu leiten. Durch häufiges Wiederholen des misstrauischen Affektes setzt sich eine misstrauische Stimmung fest; zu der Stimmungsanomalie kommt der Inhalt hinzu. In dessen Weiterentwickelung ist jede weitere Schlussfolgerung das Gegenteil von Wahrscheinlichkeit und Wirklichkeit. Durch fortwährende Wiederholung wird dieser Inhalt zur Thatsache. Im weiteren Verlauf tritt eine relative Unabhängigkeit des logischen Apparates von Gefühlen und Affekten auf.

Beim Paranoiker sind es die seinem Charakter zu Grunde liegenden Affekte, die erkranken. Eine natürliche Schlussfolgerung dieser Erkrankung der Gefühlssphäre beim Paranoiker, die forensische Bedeutung hat, ist die, dass die ganze Persönlichkeit krank ist, ihr Fühlen, Denken und Handeln.

Krauss (Kennenburg.)

---

186) **Westphal A.:** Ueber einen Fall von polyneuritischer „Korsakow'scher" Psychose mit eigentümlichem Verhalten der „Sehnenreflexe".

(Deutsche med. Wochenschr. 1902, p. 81.)

Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass bei völligem Erloschensein der Patellarreflexe Perkussion der Patellarsehnen regelmässig in dem entgegengesetzten Adduktorengebiet eine lebhafte, ausgiebige Zuckung hervorrief. Diese ungewöhnliche, bei Neuritis wohl noch nicht beobachtete, Erscheinung ist vielleicht zurückzuführen auf eine Reflexsteigerung durch Reizzustände im Gebiete des, die Adduktoren des Oberschenkels innervierenden Nervus obturatorius, zumal auch die mechanische Muskelerregbarkeit des Adduktorengebietes beiderseits erhöht war.

Wickel.

---

187) **Ralph Lyman Parsons** (New-York): „Melancholia simplex and melancholia transitoria simplex."

(The Medic. Rec., 15. März 1902.)

Unter den verschiedenen Geisteskrankheiten ist die einfache, d. h. ohne Wahnvorstellungen einhergehende Melancholie deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil sie unter richtiger Behandlung weit häufiger als jede andere Geisteskrankheit geheilt wird, mit weit stärkerem Leiden als andere Formen von Geisteskrankheiten verbunden ist, in jedem Falle zugleich mit Selbstmord-Suggestion oder Impulsen auftritt. Was den Selbstmord anbetrifft, so kommt derselbe in einer grossen Anzahl von Fällen, entweder in einem frühen Stadium der Melanchol. simpl. oder in einem Zustande transitorischer Melancholie vor. Die Anfälle dieser letzten Form der einfachen Melancholie, die oft nicht früher erkannt oder richtig gedeutet werden, als bis sie zu einer Selbstmord- oder Mordthat geführt haben, finden sich häufig bei Leuten, die irgend welchen plötzlichen und heftigen Nerven-Shock erlitten. Sie pflegen dann plötzlich einzutreten, können auch plötzlich, selbst in Fällen, in welchen der melancholische Zustand schon Jahrelang dauerte, zur Heilung gelangen. — Verf. macht darauf aufmerksam, dass manche an Melancholie Leidende nicht als Geisteskranke in streng gesetzlichem Sinne anzusehen sind, während sie der genauesten ärztlichen

Pflege und Kontrolle bedürfen. Sie sind z. B. fähig, vorausgesetzt, dass es gelingt, ihre Aufmerksamkeit auf solche Sachen zu lenken, ein vernünftiges Testament zu machen oder geschäftliche Dinge mit Verstand zu betreiben, während sie zu gleicher Zeit nicht im stande sind, ihrer eigenen Person die nötige Pflege angedeihen zu lassen. — Die mittlere Dauer der Anfälle von Melanchol. simpl. ist nach Verf. wahrscheinlich länger als man gewöhnlich annimmt. Während einzelne Kranke in wenigen Wochen oder gar Tagen, die meisten nach Ablauf von sechs bis zwölf Monaten genesen, giebt es eine Anzahl von Fällen, in denen die Heilung erst nach einer Reihe von Jahren erfolgt. In Hinsicht auf die Behandlung rät Verf. solche Kranke in Anstalten unterzubringen, doch solle man sie nicht unnötigerweise oder zu früh von Hause wegschicken. Die Weir-Mitchell'sche Mastkur könne Gutes leisten in den Anfangsstadien, doch solle man sie nicht zu lange ausdehnen, um durch die Monotonie derselben nicht Veranlassung zu Wahnvorstellungen und noch grösserer Depression zu geben. Für spätere Zeiten empfehle sich Anhalten zu voller körperlicher Beschäftigung, namentlich in freier Luft, Verbot des Umherreisens, Behütung der Kranken vor Selbstmordgedanken und Selbstmord, physische Behandlung, Beseitigung aller krankhaften körperlichen Störungen, Sorge für ausreichenden und gesunden Schlaf. Voigt.

---

188) **Forel:** Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta.
(Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXXIV, Heft 3.)

Forel veröffentlicht die Selbstbiographie einer Dame, die im Alter von 32 Jahren an einer ziemlich schweren akuten Manie erkrankt war. Heilung nach ca. 1 Jahr. Kein weiterer Anfall. Mit ungewöhnlicher Präzision schildert die Kranke ihren ganzen Entwicklungsgang, besonders aber ihre Erkrankung. Man gewinnt einen ausserordentlich interessanten Einblick in den Gedankenablauf und das Zustandekommen der Wahnideen bei den Manischen. Mit welcher Genauigkeit die Verf. vorgeht, möge der Umstand illustrieren, dass sie nicht weniger als 132 Wahnideen, nummerisch geordnet, anführt.

Kölpin, Greifswald.

---

189) **Binswanger** und **Berger:** Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen.
(Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXXIV, Heft 1.)

Die Verf. machen zunächst kurze Mitteilung über drei in Genesung übergegangene Fälle, wo die Psychose mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit durch Intoxikation, resp. Infektion hervorgerufen war. Klinisch boten die beiden ersten Fälle im allgemeinen das Bild eines schweren Stupors, im dritten Fall bestanden heftige hallucinatorische Erregungszustände. Aetiologisch kamen in Betracht im ersten Falle eine Autointoxikation vom Darm aus (langdauernde Obstipation), in den beiden anderen Fällen Intoxikationen von einem Geschwür am Unterschenkel, resp. von einer Phlegmone der Hand. Im dritten Fall dürfte ein Kausalzusammenhang zwischen Infektion und Psychose wohl nur mit grosser Reserve angenommen werden. Im zweiten Fall bestand ausserdem eine nach Gelenkrheumatismus zurückgebliebene Pleuritis und Pericarditis. Die in diesem Falle aus der Cerebrospinalflüssigkeit gezüchteten Streptococcen zeigten übrigens ein von ihrem sonstigen abweichendes biologisches

Verhalten und waren für Meerschweinchen nicht pathogen. Sie wurden auch weder in der Wunde am Unterschenkel noch als Erreger der Pleuritis und Pericarditis nachgewiesen.

Den Hauptteil der Arbeit bildet die Untersuchung von zwei Fällen, die klinisch unter dem Bilde des Delirium acutum verliefen und charakterisiert waren durch schwere Trübung des Bewusstseins neben motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen. Aetiologisch kam in beiden Fällen Influenza, im ersten vielleicht auch Varizellen in Betracht. Die sehr genaue pathologisch-anatomische Untersuchung ergab in beiden Fällen ein nahezu übereinstimmendes Resultat. Es fanden sich ausgedehnte Zelldegenerationen im Rückenmark und in der Grosshirnrinde, ausserdem akute Degeneration markhaltiger Nervenfasern, nebst Emigration von Leucocyten und Hyperämie. An Glia- und Gefässkernen keine aktiven Veränderungen. Die Verf. glauben auf diesen Befund hin eine Encephalomyelitis acuta annehmen zu müssen. — Den Schluss der Arbeit bildet eine Zusammenstellung der in neuerer Zeit bei Delirium acutum erhobenen Befunde. Hier stehen Fälle von positivem Nachweis von Bakterien im Gehirn solchen gegenüber, wo man nur von einer Toxinwirkung reden kann. Die Aetiologie ist eine durchaus verschiedene. Die mechanische Theorie des Delirium acutum (passive Hyperämie, Enge der Foramina jugularia etc.) glauben die Verf. ablehnen zu müssen. Kölpin (Greifswald).

---

190) **Brie**: Ueber Eifersuchtswahn.

(Psychiatr. Wochenschr. 1901, No. 27, S. 271 ff.)

Die kleine Abhandlung giebt einen wertvollen Beitrag zur Lehre vom nichtalkoholischen Eifersuchtswahn als einer selbständigen Krankheit, welche nicht in chronisch-progressive allgemeine Paranoia übergeht. Brie hat im Laufe der Jahre etwa ein Dutzend solcher Fälle von Eifersuchtswahn beobachten können; er schildert zwei Kranke, welche die Symptome der Krankheit in klassischer Ausprägung zeigen, keine Trinker waren, weder an Paralyse noch an seniler Demenz litten, niemals die Zeichen einer allgemeinen Paranoia boten, in der Anstalt ein stationäres Bild gewährten. Krankhafte Eigenbeziehung, Illusionen des Gesichts und Gehörs und Erinnerungsfälschungen waren die wichtigsten Elemente der systematischen Wahnbildung. Bei einem Kranken komplizierte sich die geistige Erkrankung mit spinaler Muskelatrophie. Die Aetiologie des nichtalkoholischen Eifersuchtswahns ist nach Brie's Ansicht noch unklar. Meist fand er eine „neurasthenische Grundlage“, von der er annimmt, dass sie Störungen im sexuellen Leben mit sich bringe. Daneben spiele auch frigiditas uxoris eine ursächliche Rolle.

Mit einem Hinweis auf die forensische Bedeutung des Eifersuchtswahns schliesst die Arbeit. Gaupp.

V. Vermischtes.

Kolonie Friedau, eine alkoholfreie Volksheilstätte.

E. Bleuler (Zürich), P. J. Möbius (Leipzig), G. Ringier (Zürich) haben in gemeinsamer Beratung den Plan einer alkoholfreien Volksheilstätte ausgearbeitet und berichten darüber in einer kleinen Schrift Folgendes:

„A. Hauptsätze.

1. Unter dem Namen „Kolonie Friedau“ wird ein Verein errichtet. Er hat

den Zweck, in gesunder und schöner Gegend der Schweiz ein grösseres Gebiet zu erwerben und darauf eine alkoholfreie Gemeinschaft zu gründen, die auch Kolonie Friedau heisst.

Der Sitz des Vereins befindet sich in Zürich.

2. Mitglieder der Gemeinschaft sollen sein Gesunde, Nervenkranke und beginnende oder genesende Alkoholkranke.

Ausgeschlossen sind Geisteskranke und körperlich Schwerkranke.

Es gilt kein Unterschied der Nation oder des Bekenntnisses.

3. Der Verein übernimmt den landwirtschaftlichen Betrieb seines Gebietes oder richtet solchen und Betriebsstätten anderer Art ein in dem Sinne, dass die Bedürfnisse der Kolonie soviel wie möglich durch den eigenen Betrieb gestillt werden können.

Er errichtet zum anderen die nötigen Verwaltungsgebäude und Wohnstätten für die Koloniemitglieder nach Bedarf.

4. Die Kolonie steht unter unmittelbarer Leitung eines sachverständigen Arztes. Dieser und der Verwalter der ökonomischen Angelegenheiten sind dem Vorstande des Vereins verantwortlich.

Rechte und Pflichten des Vorstandes, des Oberarztes und des Verwalters sind durch besondere Verordnungen bestimmt, die von der Generalversammlung gebilligt worden sind.

5. Ordentliches Mitglied des Vereins wird man durch den Erwerb mindestens eines Anteilscheines zu 100 Fr., ausserordentliches Mitglied durch einen jährlichen Beitrag von mindestens 5 Fr.

6. Mitglied der Gemeinschaft wird man durch Genehmigung des an den Oberarzt gerichteten Aufnahmegesuches. Dieses hat besonders den Grund des Eintrittes und das Versprechen, sich der Lebensordnung der Kolonie zu unterwerfen, sowie das vereinbarte Kostgeld regelmässig zu entrichten, zu enthalten.

7. Alle Mitglieder der Kolonie sind verpflichtet, sich des Genusses und der Einführung alkoholhaltiger Getränke zu enthalten.

8. Alle Mitglieder der Gemeinschaft können an den in der Kolonie betriebenen Arbeiten teilnehmen.

Bei Gesunden regelt sich diese Teilnahme durch besondere Uebereinkunft. Bei Patienten ist die Arbeit Teil der ärztlichen Verordnung, somit ist der als Patient Eintretende verpflichtet, an der Arbeit teilzunehmen, wenn der Arzt es für angemessen erachtet.

9. Jede nützliche Arbeit der Gemeinschaftsglieder wird, soweit möglich, nach ihrem Werte vergütet.

10. Der Austritt eines Mitgliedes aus der Gemeinschaft kann jederzeit erfolgen (wenn Kündigungsfrist ausgemacht worden ist, mit dieser), er muss erfolgen, wenn der Oberarzt ihn für nötig hält.

B. Erklärungen.

Dass mehr und anders als bisher für die Nervenkranken*) gesorgt werden

*) Eine genauere Bestimmung des Begriffes „nervenkrank“ braucht hier nicht gegeben zu werden. Das Wort wird im Sinne des täglichen Lebens genommen; es handelt sich um Menschen, die ohne geisteskrank oder im gewöhnlichen Sinne körperlich krank zu sein, zu schwach oder zu empfindlich sind, als dass sie den an sie gestellten Anforderungen nachkommen könnten. Welche Nervenkranken für die Kolonie geeignet sind, das ist eine rein ärztliche Frage und sie kann nur im einzelnen Falle zweckmässig beantwortet werden.

muss, darüber sind alle Sachverständigen einig. Zwar bestehen schon jetzt Nervenheilanstalten, Wasserheilanstalten, Kurorte aller Art für Nervenkranke, aber sie sind nur Wohlhabenden zugänglich und vielfach nicht so beschaffen, wie sie sein sollten.

Wenn jetzt ein Mensch, der der übergrossen Mehrzahl der Schlechtbemittelten angehört, geisteskrank wird, so ist für ihn gesorgt. Staaten, Provinzen, Gemeinden haben vortrefflich eingerichtete Heilanstalten für ihn. Wenn aber ein solcher nervenkrank wird, so muss er in vielen Fällen den Geisteskranken beneiden, denn für ihn hat niemand gesorgt. In Irrenanstalten und öffentliche Krankenhäuser passt er nicht, für anderes aber reicht das Geld erst recht nicht. Das gilt nicht nur von den Armen im eigentlichen Sinne des Wortes. Auch die Angehörigen des sogen. Mittelstandes sind fast ebenso schlecht daran. Nervenkrankheiten sind oft sehr langwierig, nur durch lange Behandlung ausserhalb der häuslichen Verhältnisse ist Heilung oder Besserung zu erreichen. Ja, für ein paar Wochen in der Kuranstalt reichen die Sparpfennige. Aber so rasch geht es nicht; gerade weil die Angst um das Raschgesundwerden den Patienten plagt, kommt er nicht recht vorwärts. Am Ende der Zeit muss er oberflächlich oder gar nicht gebessert nach Hause zurück und seines mühsam erworbenen Geldes, sowie seiner Hoffnungen ledig, steht er schlechter da, als vorher.

Aber auch die wohlhabenden Nervenkranken finden unter den jetzigen Verhältnissen in der Regel das nicht, was sie brauchen. Die jetzt bestehenden Privatanstalten sind meist nicht alkoholfrei und sie gewähren die Möglichkeit eines richtigen Lebens mit natürlicher Thätigkeit nicht. Mit wenig Ausnahmen sind sie halb kleine Krankenhäuser, halb Hotels, mitten hineingestellt in ein lärmendes, hohles Weltwesen. Sie sind räumlich beschränkt und aus beschränkten Voraussetzungen hervorgegangen. Auch bei gutem Willen der Leiter können sie den Anforderungen, die wir stellen müssen, nicht genügen..

Durch dasselbe Mittel soll die Hilfe billiger und besser werden, durch Schaffung einfacher, natürlicher Lebensverhältnisse.

Alles das, was der Nervenkranke wirklich braucht, ist an sich nicht teuer: Ruhe, Reinlichkeit, Ordnung, reine Luft, einfache, wohlschmeckende Nahrung und, wenn der Gesundheitszustand es erlaubt, nützliche Arbeit. Trotzdem kann er diese Dinge jetzt nicht oder nur mit grossen Kosten erwerben. Sie sind nur zu erlangen durch ein Gemeinwesen, das auf sie hin eingerichtet ist. Dieses aber kann die guten Dinge billig geben und es kann überdem dem arbeitsfähigen Patienten die Möglichkeit gewähren, durch den Ertrag seiner dem Gemeinwesen gewidmeten Arbeit die Lebenskosten ganz oder zum Teil aufzubringen.

Das billigste und das gesundeste Leben ist das Landleben, aber es ist, wie der wirkliche Landmann es lebt, für den Nervenkranken nicht brauchbar. Die Kolonie bietet sozusagen ein verklärtes Landleben. Das Ganze ist aus dem ärztlichen Geiste hervorgegangen und seinen Zwecken angepasst. Er schaltet die Rohheiten und Unzuträglichkeiten aus, er mildert die Anforderungen so weit, dass auch der Schwache an der Thätigkeit teilnehmen und an ihr erstarken kann.

Es giebt Kranke, die eine Zeit lang vollständig ruhen müssen, auf die Dauer aber kann kein Mensch die Thätigkeit entbehren. Jetzt steht der Schwache

eingeklemmt zwischen zu viel Arbeit in der Welt draussen und öder Langeweile in der Kuranstalt. Die einen finden nur harte oder unpassende Arbeit und werden immer kränker, die anderen füllen ihr Leben mit sogenannten Vergnügungen aus, wie ein Mensch, der ausschliesslich von Zuckerzeug lebt, und werden immer kränker. Aus der rechten Arbeit aber wächst Kraft, Heiterkeit, Genesung. In der Kolonie kann auch der Schwache sich an den vielen verschiedenen Arbeiten beteiligen; unter ärztlicher Aufsicht findet er die ihm wohlthuende Arbeit und das rechte Maas von ihr. Zugleich aber mit dem Zuwachs an Kraft und Gesundheit gewinnt er materiellen Vorteil, denn seine Arbeit wird nach ihrem Werte entlohnt, soweit es angeht.

Ein modernes Krankenhaus ist eine sehr teure Sache. Der Nervenkranke aber braucht kein Krankenhaus, im Gegenteil, die Nervenheilstätte soll einem Krankenhause so wenig wie möglich ähnlich sein. Die ärztliche Fürsorge besteht hier in der Regelung des Lebens, in persönlicher Zusprache auf Grund genauer Untersuchung, in wenigen und einfachen Arzneimitteln, in Bädern u. s. w., und für alles das braucht man keine künstliche Einrichtung. Zur Wohnung sind für die Patienten ganz einfache Häuschen am allermeisten geeignet, denn sie bieten am ehesten Ruhe und heitere Eindrücke. Je verschiedenartiger die Wohngelegenheiten sind, um so besser, denn der Kranke möge das wiederfinden, was ihm durch die Gewohnheit lieb ist, nur ohne die Störungen, die sich draussen an seine Wohnung hefteten. In einem Krankenhause weist alles auf Krankheit hin, hier aber soll der Sinn vom Krankhaften weg auf ein gesundes Leben hin gelenkt werden.

Wie die Wohnung, so soll auch die menschliche Umgebung den Nervenkranken möglichst wenig an die Krankheit erinnern. Es ist daher nicht wünschenswert, dass Kranke nur mit Kranken verkehren. Die gesunden Mitglieder der Kolonie sind daher auch im Interesse der Kranken nötig. Aber sie werden anders wirken, als die Gesunden draussen, die allzu oft den Schwachen durch Handlungen und Worte verletzen, denn auch sie streben nach dem rechten Leben und der die Kolonie beherrschende Geist führt alle auf denselben Weg.

Es wird an Gesunden in der Kolonie nicht fehlen, denn es giebt allzuviel erholungs- oder auch ruhebedürftige Menschen, die, ohne eigentlich krank zu sein, nach einer Zuflucht verlangen. Jetzt können nur ganz Reiche sich wirkliche Ruhe verschaffen, die meisten müssen mit dem vorlieb nehmen, was die Gasthäuser bieten, in denen zwar oft Luxus und schwelgerisches Leben, Ruhe aber in der Regel nicht zu finden ist. Wer vollends sparen muss, wird sehr selten das finden, was er will. Der einigermassen Erfahrene weiss zur Genüge, wie es damit aussieht.

Auch können Pächter zugelassen werden, die sich der Lebensordnung der Kolonie unterwerfen und deren Zwecke durch Aufnahme von Patienten und Kurgästen, sowie durch deren Zulassung zu ihren Arbeiten zu fördern versprechen.

Dass die Hilfe für Nervenkranke mit der für die vom Alkoholismus Bedrohten verbunden werde, das empfiehlt sich aus verschiedenen Gründen. Die Sachverständigen sind darüber einig, dass für fast alle Nervenkranken die Enthaltung von alkoholischen Getränken nötig sei, dass mithin in einer Nervenheilstätte die Abstinenz herrschen müsse. Die Nervenheilstätte bietet also das, was der genesende oder angehende Alkoholkranke braucht, eine alkoholfreie

Umgebung. Ja, er findet gerade an dem Nervenkranken eine Stütze, weil erfahrungsgemäss die meisten von ihnen gern sich des von ihnen als schädlich empfundenen Alkohols enthalten.

Jedoch die Kolonie soll keine Trinkerheilstätte sein. Wirklich Trunksüchtige oder dem Alkoholismus ganz Verfallene können nicht Aufnahme finden. Die Kolonie kann nur die aufnehmen, die entweder noch nicht oder nicht mehr der Trinkerheilstätte bedürfen. Insbesondere ist an die Genesenden gedacht; diesen wird die Trinkerheilstätte zu eng, sie sind wieder der Arbeit und freier Bewegung fähig und doch kann man sie nicht in die alte Umgebung zurückkehren lassen, wo ihnen von allen Seiten die Versuchung droht. Sie brauchen notwendig eine alkoholfreie Umgebung, aber bis jetzt können sie sie nirgends finden. Ihnen öffnet sich in der Kolonie ein ungefährliches Gebiet, wo sie, unter Umständen mit ihren Familien zusammen, leben und gedeihen können. Ungefähr das Gleiche gilt von den angehenden Trinkern, die den guten Willen haben, sich retten zu lassen, die aber der Unverstand der Umgebung immer wieder dem Alkoholteufel zuführt.

Viele Alkoholkranke sind, sobald sie abstinent leben, tüchtige Arbeiter und dadurch können sie der Kolonie wertvoll werden. Sie bieten dann zu den Nervenkranken, von denen bei vielen durch ihren Zustand die Arbeitsfähigkeit vermindert ist, eine Ergänzung.

Der vorgeschlagene Weg, d. h. die Gründung der Kolonie durch Zeichnung von Anteilscheinen, wird durch folgende Erwägungen gerechtfertigt: Auf Hilfe des Staates oder der Gemeinden ist bei der Neuheit der Sache nicht zu rechnen. Andererseits soll die reine Wohlthätigkeit nicht angerufen werden, weil es sich um eine Sache handelt, die auf eigenen Füssen stehen kann. Natürlich kann durch eine Kolonie das vorhandene Bedürfnis nicht befriedigt werden. Gelingt es aber einmal, zu beweisen, dass der Gedanke lebenskräftig ist, so wird man auch an anderen Orten Mut fassen und durch Gründung ähnlicher Kolonien das Gute fördern.

Allerdings wird das erste Mal der gute Wille der Unternehmer insofern angerufen, als einmal die Möglichkeit des Gelingens noch nicht dargethan ist, zum andern der erwartete Gewinn nur gering sein kann. Die Zeichner von Anteilscheinen müssen ein Opfer bringen, weil sie nicht sofort Zinsen zu erwarten haben, aber ihr Kapital kann nicht verloren gehen, weil ein grosser Teil des Geldes in Grund und Boden angelegt wird. Es handelt sich also, wenn man so sagen darf, um beschränkte Wohlthätigkeit.

Um Wohlthätigkeit handelt es sich auch insofern, als die Gründer des Vereins nicht um Gewinnes willen thätig sind. Ihre Uneigennützigkeit kann den Zeichnern der Anteilscheine dafür Gewähr leisten, dass bedenkliche oder gewagte Handlungen nicht zu erwarten sind.

Endlich wird die reine Wohlthätigkeit der ausserordentlichen Mitglieder angerufen, um Freistellen für wirklich Arme zu gründen."

Möbius schreibt uns hierzu:

Zu dem kleinen Aufsatze über „Kolonie Friedau" füge ich für die Kollegen noch ein paar Worte hinzu.

Zuerst wird die Abstinenz betont. Ich halte das für sehr wichtig. Eine Nervenheilstätte, in der getrunken wird, ist eine schlechte Einrichtung. Die

Abstinenz ist im Interesse der Kranken nötig, sie ist aber auch nötig, weil in der Nervenheilstätte dem Volke ein Bild vernünftigen Lebens gezeigt werden soll. Wollen wir die Entartung des Volkes bekämpfen, so müssen wir zuerst die wichtigste Quelle der Entartung, d. h. die Trunksitten, zu beseitigen suchen. Wir werden nicht nur den behandelten Kranken nützen, sondern auch draussen die gute Sache fördern, wenn wir die Nervenheilstätte mit aller Energie vom Alkohol frei halten.

Die grundsätzliche Vereinigung der Hilfe für Nervenkranke und der für Alkoholkranke ist ein weiterer wichtiger Umstand. Im Grunde sind ja die Alkoholkranken auch Nervenkranke, und die Frage, ob sie in offener oder in geschlossener Anstalt zu behandeln seien, ist bei ihnen aus denselben Gründen zu beantworten wie bei den anderen Kranken. Indessen aus praktischen Rücksichten wird nun einmal die Unterscheidung gemacht und im Wesentlichen ist bisher die Sorge für die Alkoholkranken von der für die Nervenkranken getrennt worden. Gegenwärtig liegt die Sache so, dass einige Sanatorien, die als Trinkerheilanstalten gegründet worden sind, sich bestreben, Nervenheilanstalten zu werden, d. h. sie ändern ihren Titel und versuchen auch Patienten zu bekommen, an deren Leiden der Alkohol nicht schuld ist. Immerhin haben sie bisher noch nichts weiter erreicht, als dass ein paar anderweite Kranke in sie eingetreten sind: die grosse Mehrzahl der Patienten sind doch Trinker. Wir wollen von vornherein keinen Unterschied machen und das soll gerade den Alkoholkranken die Sache erleichtern. Wenn jetzt Jemand in eine Anstalt eintreten soll, die Trinkerheilstätte heisst oder doch im Publikum so genannt wird, so müssen er und seine Familie einen schweren Entschluss fassen. In die alkoholfreie Nervenheilstätte, in der die Alkoholkranken ganz in der Minorität sein sollten, wird er ohne Furcht vor dem Odium eintreten, und es wird gelingen, früher, d. h. mit mehr Hoffnung dem Uebel entgegenzutreten.

Sodann lege ich Gewicht auf die rechte Thätigkeit in der Nervenheilstätte. Man hat aus meinen Vorschlägen eine „Beschäftigungstherapie" gemacht und es kommt mir vor, als hätte man mich manchmal recht missverstanden. Wenn die Beschäftigung so angesehen wird wie Elektrisieren und Massieren, so ist sie ebensoviel oder so wenig wert wie diese Dinge. Soll mein Ziel erreicht werden, so darf der Kranke nicht in eine Werkstätte geschickt werden, die um seinetwillen da ist. Der Mensch, und auch der Kranke, hat erst dann Segen von der Arbeit, wenn er sie thut, ohne dabei an sich zu denken. Es muss sein, als ob der Mensch der Arbeit wegen da wäre, nicht die Arbeit des Menschen wegen. Praktisch lässt sich die Sache nur machen, wenn man ein grosses Gut hat, denn nur hier ist die Gelegenheit zur nötigen Arbeit so mannigfaltig, dass viele und ganz verschiedene Leute sich nützlich machen können. Natürlich wissen wir, dass die Nervenkranken in der Regel zur strengen Arbeit nicht fähig sind. Es bliebe für sie etwa das übrig, was sonst Alte und Kinder machen, und ausserdem wird ein kluger Leiter im Betriebe eines grossen Gut- und Anstaltswesens den Patienten sowohl in der Stube wie im Freien eine Menge passender Thätigkeiten überweisen können.

Ich will mich mit diesen Bemerkungen begnügen und bitte die Kollegen herzlich, ihre Teilnahme unserer Sache zuzuwenden. P. J. Möbius.

Herr Professor Sommer (Giessen) schreibt uns:

Sehr geehrter Herr Redakteur!

Sie waren so freundlich, in Nr. 149 Ihres Blattes unter „Vermischtes" meine Schrift: „Das Problem des Gehens auf dem Wasser" zu erwähnen. Da aus der Notiz der Zusammenhang des Themas mit meinen psychophysiologischen Bestrebungen nicht erkennbar ist und ich bei meinen Fachkollegen nicht in den Anschein kommen möchte, Allotria zu treiben, so erlaube ich mir folgendes zu bemerken:

1. Die Broschüre ist ausdrücklich als mechanisch-physiologische Studie bezeichnet. Ich ging aus von der Frage, welche Widerstände sich der menschlichen Bewegung in verschiedenen Medien entgegenstellen, was mir bei der Uebertragung von Bewegungsvorgängen von Interesse schien. Die Broschüre enthält eine Durcharbeitung des allgemeinen Themas mit Rücksicht auf ein spezielles Medium (Wasser), wobei mir die praktische Tragweite der aktiven Fortbewegung auf dem Wasser nach Art des Gehens allmählich klar wurde.

2. Die Schrift enthält u. a. Beschreibung der Versuche, welche die Brauchbarkeit der Methode für die Gegenwart (nicht nur für die Zukunft) erweisen. Unterdessen ist dieselbe auch im offenen Wasser (Lahn) erprobt worden. Die Geschwindigkeit des Schreitens beträgt z. Z. in ruhigem Wasser ca. 44 cm pro Sekunde, auf der Lahn bei Stromgeschwindigkeit von ca. 18 cm pro Sekunde, flussabwärts ca. 62 cm, flussaufwärts ca. 26 cm pro Sekunde. Dabei kommen zur Fortbewegung allein die Beinmuskeln in Aktion ohne jede Unterstützung durch Ruder. Da gleichzeitig die Muskulatur des Rumpfes und der Arme zur Aequilibrierung und Steuerung in Thätigkeit treten muss, findet bei diesen Uebungen eine Inanspruchnahme sehr vieler Muskelgruppen statt.

Es folgt hieraus, dass vom Standpunkt der physiologischen Bewegungslehre aus diese Studie nicht als eine Abschweifung erscheinen darf.

Mit kollegialem Gruss Ihr ergebenster Sommer.

Am 1. Februar 1902 erlag in Florenz Jacopo Finzi, Assistent an der psychiatrischen Klinik dort, dem Typhus.*)

Im Jahre 1896 erschien seine Doktorarbeit: „Die Erscheinungen und Lehrmeinungen über den Muskelsinn." Unmittelbar darauf trat er in Ferrara als Arzt an der Irrenanstalt ein und veröffentlichte nun innerhalb 13 Monate nicht weniger als zehn Arbeiten, teils kleinere, kasuistischen Inhaltes, zum Teil aber auch sehr beachtenswerte grössere Untersuchungen, darunter eine über die Imbecillität und eine über die psychologische Bedeutung des Vorsatzes. Vom Herbst 1897 bis Sommer 1898 hielt er sich in Deutschland auf und zwar vorwiegend in Heidelberg, wo er sich mit Begeisterung der Kraepelinschen Richtung anschloss. Seine geistige Regsamkeit liess aber nicht zu, in verba magistri zu schwören; er unternahm eine grosse Rundreise durch Deutschland, um allenthalben an der Quelle zu schöpfen. Die Eindrücke dieser Reise hat er in vier Briefen im „giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale" niedergelegt. Diese Briefe sind charakteristisch für die Klarheit seiner Auf-

*) Anmerkung: Vergl. dieses Centralblatt, April 1902, S. 288.

fassung, mit der er die verschiedenen Richtungen der klinischen und wissenschaftlichen Forschung Flechsig's, Ziehen's, Jolly's, Kraepelin's, Binswanger's und vor allem Wernicke's zu kennzeichnen verstand. Auch die praktische Psychiatrie kam dabei nicht zu kurz, wie eine begeisterte Schilderung von Alt-Scherbitz beweist. Während dieser Reisen, während er, nach Heidelberg zurückgekehrt, eine sehr umfangreiche und sorgfältige experimentelle Arbeit in dem psychologischen Laboratorium machte, wähend er Vorlesungen und Uebungen mit regstem Eifer folgte, schrieb er gleichzeitig ein kleines „Compendio di psichiatria"; wenn Finzi sich dabei auch eng an Kraepelin anlehnte, wahrte er doch in manchem seine klinische Selbständigkeit. Das Ergebnis seiner „Untersuchung der Auffassungsfähigkeit" veröffentlichte er in dem dritten Bande der psychologischen Arbeiten (herausgegeben von Kraepelin).

Nach Italien zurückgekehrt, trat er in der psychiatrischen Klinik in Florenz als Assistent ein. Mit unermüdlichem Fleisse schrieb er eine ganze Anzahl wichtiger Arbeiten, deren Themata vor allem die Anregung wiederspiegeln, die ihm Wernicke und Kraepelin gegeben hatten. Daneben traten auch anstaltstechnische Fragen und die in Italien so wichtige Pellagra in den Vordergrund seiner Interessen.

Noch waren seine klinischen Anschauungen nicht ausgereift, aber seine hervorragende Begabung versprach mit der Klärung dieser gerade der klinischen Psychiatrie, die ihn so ernst fesselte, noch viele schöne Früchte. Alle diese Hoffnungen vereitelte sein früher Tod, der ihn kurz vor dem ersehnten Zeitpunkte ereilte, wo er hoffte, als Dozent sein Wissen auch andern mitteilen zu können. Finzi besass in hohem Masse die Fähigkeit, sich in fremde Auffassung zu vertiefen, eine unermüdliche Arbeitskraft, eine seltene Lebendigkeit des Geistes und eine grosse persönliche Liebenswürdigkeit. Eigenschaften genug, um ihn seinen Freunden unvergesslich zu machen. Dass er in der Wissenschaft keinen Ehrenplatz einnehmen durfte, liegt nur in der Kürze seines Wirkens. Die Verbreitung der klinischen Anschauung Kraepelin's und Wernicke's in Italien ist sein grösstes Verdienst. Unsere Wissenschaft aber begrub mit ihm manche schöne Hoffnung. Aschaffenburg.

Die Redaktion der „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten" (Halle, Karl Marhold) geht mit Band IV in die Hände von Professor A. Hoche (Strassburg) über. G.

Prof. A. Hoche (Strassburg) ist als ordentlicher Professor der Psychiatrie nach Freiburg i. Br. berufen worden.

K. Withauer's „Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie" (Halle, C. Marhold, 1902) ist in zweiter Auflage erschienen. Das reichhaltige und leicht verständliche Buch, dem 70 Abbildungen beigegeben sind, enthält auch einen Abschnitt über „Geisteskrankheiten und ihre Pflege", der nach dem Scholz'schen Leitfaden bearbeitet worden ist. G.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**
Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).
Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin SW. 46 und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die **„Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik"**, herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) pro Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 August.** Neue Folge. XX. Bd.

I. Originalien.

I. Wilhelm Wundt und seine Psychologie.

Von Dr. phil. et med. **W. Weygandt**, Privatdozent in Würzburg.

Es ist ohne Bedenken zuzugeben, dass auch heute noch die Vertreter der Psychiatrie und die der Psychologie sich vielfach wie feindliche Brüder gegenüberstehen oder gleichgiltig an einander vorübergehen. Der äussere Umstand der Zugehörigkeit zu verschiedenen Fakultäten ist zu geringfügig, als dass in ihm die Erklärung hierfür gesucht werden dürfte, zumal da wir ja andererseits Zoologen und Anatomen sich allgemein in die Hand arbeiten sehen. Vielmehr trägt die fast durchweg in Deutschland noch bestehende Personalunion der Psychologie mit der Philosophie zu dem Misstrauen der Mediziner bei. In der Geschichte der Psychologie ist die Wurzel dieser Gegenstellung zu suchen. Der Psychiater denkt an die Anschauungen Kant's, der den Aerzten die Kompetenz zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeitsfragen bestritt, und an die, auf diese Autorität sich vielfach stützende Begutachtung mancher Geisteskranker

durch Nichtärzte wie in dem bekannten Fall Rüsau zu Hamburg vor noch nicht 100 Jahren.

Dabei vergisst der Mediziner aber, dass auch im engeren Bereich der somatischen Medizin vor einem Jahrhundert ebensowohl die wissenschaftliche Methodik viele Mängel aufwies, als auch von einer Ausbildung und Gleichstellung ihrer bedeutendsten Disziplinen noch nicht die Rede sein konnte; galt doch die Ausübung einer der wichtigsten und heutzutage angesehensten Seiten der Medizin, die chirurgische Thätigkeit, damals noch nicht als völlig standesgemäss.

Es wäre nachgerade an der Zeit, sich auf medizinischer Seite allgemeiner zu vergegenwärtigen, dass auch die Psychologie seit 100 Jahren eine mächtige Entwicklung erlebt hat. Kant hatte in der That die Psychologie noch für unfähig erklärt, zum Rang einer exakten Naturwissenschaft vorzudringen. Aber dieses absprechende Urteil lag in jener Zeit begründet, die für die Psychologie wie für eine Reihe anderer Wissenschaften noch nicht zur vollen Reife herangewachsen war. Es kann Kant's unsterblichen Verdiensten keinen Abbruch thun, wenn betont wird, dass auch sein Verhältnis zu den Geisteswissenschaften nicht mehr dem unseren entsprechen kann. Schliesslich sehen wir ja auch, dass Kant's Ansicht von dem Entwicklungsgedanken in der organischen Welt, trotzdem heute noch im Bereich des physikalischen Geschehens die Kant-Laplace'sche Theorie volle Anerkennung findet, gegenüber der Anschauung des wenig jüngeren Prädarwinianers Lamarck noch rückständig war; bezeichnete doch der Philosoph die Annahme, dass die Landtiere auf früherer Stufe Sumpf- oder Wassertiere gewesen sein könnten, als ein „gewagtes Abenteuer der Vernunft." Aber damit hielt er nur gleiches Tempo mit den Naturforschern seiner Zeit, denen er sonst so kühn voranschritt.

Aehnliche Erscheinungen einer ungleichmässigen Reife sehen wir auf mannigfachen anderen Gebieten des Wissens und des Lebens. Um aus dem Bereich der Kunst ein Beispiel hierfür zu erbringen, sei an den Hermes des Praxiteles erinnert: Die Originalstatue gilt uns auch heute noch als ein mustergiltiges Meisterwerk in der Darstellung jugendlich-männlicher Schönheit, während der Dionysosknabe auf dem linken Arm des Hermes uns wie eine unbeholfene Puppe vorkommt, eben weil die Zeit des Praxiteles, so glänzend sie den erwachsenen Körper beherrschte, zur Darstellung von Kindern noch nicht reif war.

Sucht ein Psychiater ernstlich Anschluss an die moderne Psychologie zu gewinnen, so wird er alsbald gewahr, wie vorurteilsvoll die Annahme war, als hätte die Psychologie in dem letzten Jahrhundert nicht

mindestens ebenso grosse Fortschritte gemacht wie die Psychiatrie selber. Die Zahl der Irrenärzte, welche an der Hand der normalen Psychologie ihre Anschauung von den theoretischen Grundlagen der Psychiatrie zu festigen suchen, ist erfreulicher Weise doch in allmählicher Zunahme begriffen, ja eine Reihe Psychiater sind durch die Schule der Psychologie selber gegangen. Dass dieses für beide Teile wertvolle, ja geradezu lebensnotwendige Verhältnis von Jahr zu Jahr inniger wird, ist nicht zum geringsten ein Verdienst des Mannes, der seit Jahrzehnten an der Spitze der psychologischen Forschung steht.

Wilhelm Wundt begeht am 16. August dieses Jahres seinen 70. Geburtstag. Es ist gewiss angemessen, in diesem Organ, das durchweg auch ein Augenmerk auf die Vorgänge jenseits der engeren Fachgrenzen der Psychiatrie und Neurologie hatte, mit kurzen Worten des Forschers zu gedenken.

Sein Lebenslauf ist rasch erzählt. Wundt ist geboren am 16. August 1832 in Baden zu Neckarau bei Mannheim. Er studierte seit 1851 Medizin in Heidelberg, Tübingen und Berlin, habilitierte sich 1857 in Heidelberg für Physiologie, wurde 1864 ausserordentlicher Professor, erhielt 1874 den Lehrstuhl für „induktive Philosophie" in Zürich und wirkt seit 1875 als Ordinarius für Philosophie in Leipzig.

Wollte man die Hauptpunkte seines vielseitigen Wirkens und Lebens auch nur in ähnlich präziser Fassung hier wiedergeben, es könnte ein Konflikt mit der raumverteilenden Schriftleitung nicht ausbleiben. Ich muss mich im Folgenden darauf beschränken, einige besonders wesentliche Momente herauszugreifen, die die Bedeutung Wundt's für die Psychologie veranschaulichen sollen.

Als Wundt in das wissenschaftliche Leben eintrat, war die Glanzzeit der mechanischen Weltanschauung. Die spekulativen Systeme Hegel's und Schelling's hatten die Philosophie schwer diskreditiert. Schopenhauer, aus dem die Sinnespsychologie reiche Anregung hätte schöpfen können, war damals verschollen, der geniale Fechner noch wenig bekannt. Die kritischen Philosophen wie Lotze und E. v. Hartmann hatten noch nicht präzis genug den Thatbestand der empirischen Wissenschaften als die Basis hingestellt, von der aus die Philosophie mit ihrer Weiterarbeit einsetzen sollte.

Als Schüler des Hirnanatomen Arnold, des Klinikers E. Hasse und des grossen Johannes Müller hatte Wundt 24jährig mit einer Dissertation „Ueber das Verhalten der Nerven in entzündeten und degenerierten Organen" zu Heidelberg die wissenschaftliche Laufbahn betreten. Einige Semester hielt er dort als Privatdozent für Physiologie Einführungs-

kurse unter der Oberleitung von Helmholtz, zu dem er freilich nie in ein intimes Verhältnis getreten ist. Mit einer der ersten Schriften „Beiträge zur Theorie der Sinneswahrnehmung" hatte Wundt in den Streit der Nativisten und Empiristen eingegriffen, in dem er im Ganzen den Letzteren hinsichtlich des Ursprungs der Raumanschauung Recht giebt, doch betont, dass sich die räumliche Wahrnehmung nicht aus dem Sinnesapparat allein erkläre, sondern dass durch die psychische Verarbeitung der Eindrücke etwas Neuartiges, die Raumform entstehe. Diese „schöpferische Synthese" im Bereich des Psychischen, die er weiterhin zur Erklärung des Wettstreits der Sehfelder, der Kontrasterscheinungen u. s. f. aufstellt, lässt es notwendig erscheinen, dass neben den physiologischen Methoden auch eine psychologische Methode zur Anwendung gelange.

Um nun das Ineinanderarbeiten der beiden Forschungsweisen zu ermöglichen, war es erforderlich, dass zunächst die Veränderung der Wahrnehmungsvorstellung infolge der Veränderung des Sinnesreizes auf dem Wege des Experiments studiert wurde. Die Möglichkeit dieses Vorgehens hatte Fechner bereits überzeugend dargethan, doch mochte dieser Schöpfer der Psychophysik selbst nicht an eine so vielseitige Verwendung der experimentellen Methode gedacht haben, wenn man nach seinem Scherzwort urteilen darf, das er äusserte, als Wundt Ende der 70er Jahre sein erstes Laboratorium für experimentelle Psychologie in Leipzig eröffnete: „Wenn Sie die Sache so im Grossen betreiben wollen, dann werden Sie in ein paar Jahren mit der ganzen Psychophysik fertig werden."

Von diesem „fertig werden" kann heute keine Rede sein, seitdem Wundt die Anwendbarkeit der experimentellen Methoden weit über das Bereich des psychophysischen Grundgesetzes hinaus dargethan hatte. Wohl hatte er diesem Weber'schen Gesetz, das die allgemeinen gesetzmässigen Beziehungen zwischen der Reizstärke und der Empfindungsintensität in die Formel „die Empfindungsintensität wächst proportional dem Logarithmus des Reizes" zusammenfasste, weitgehende Aufmerksamkeit gewidmet und ihm eine rein psychologische Deutung untergelegt, indem er es nicht aus den physiologischen Verhältnissen des Nervensystems, noch aus einer psychophysischen Wechselwirkung ableitet, sondern es auf Apperzeptionsprozesse bezieht und auf die allgemeine Erfahrung zurückführt, dass wir in unserem Bewusstsein kein absolutes, sondern nur ein relatives Mass besitzen für die Intensität der vorher in ihm vorhandenen Zustände. Die werdende Wissenschaft bedurfte umfangreicher methodologischer Vorarbeiten, die bereits von Fechner angebahnt waren; erwähnt seien nur die Maassmethoden der Empfindung, insbesondere die Untersuchungen über Reizschwelle, Reizhöhe und Reizumfang, die Durcharbeitung

der Methoden der minimalen Aenderungen, der mittleren Abstufungen, der mittleren Fehler und der richtigen und falschen Fälle.

Die vielfältigen Untersuchungen über die verschiedensten Fragen der Sinnespsychologie standen in lebhaftestem Austausch mit der Arbeitsrichtung und den Ergebnissen der physiologischen Forschung. Aus diesen reichen Resultaten erwächst gerade dem Nichtfachmann, insbesondere dem Mediziner, am ehesten ein angemessener Begriff von der Bedeutung der Psychologie als experimenteller Wissenschaft.

Rein psychologisch sind die Untersuchungen über die Verhältnisse der Vorstellungen, über deren zeitliche Beziehungen Wundt bereits vor mehr als 40 Jahren grundlegende Befunde mitgeteilt hat.

Ferner haben sich die Forschungen der jungen Wissenschaft alsbald des Gebietes der Apperzeptionen und des Verlaufs der Vorstellungen bemächtigt, für die schon die Reaktionsmethoden mit ihrer höchst entwickelten chronoskopischen und chronographischen Registrierung eine wertvolle Grundlage darstellen. Ueber zusammengesetzte Reaktionsvorgänge, komplizierte Unterscheidungsakte, Wahlhandlungen, Probleme aus dem Bereich des Zeitsinnes haben sich eine Fülle von Aufschlüssen ergeben. Wie wenig entfernt von weiterreichender, auch praktischer Bedeutung diese Untersuchungen sein können, beweist die Verwertung derartiger Gesichtspunkte in der bei astronomischen Registrierbeobachtungen üblichen Auge- und Ohrmethode.

Ein reiches Arbeitsgebiet eröffneten die Probleme der Vorstellungsreproduktion, der verschiedenen Formen des Gedächtnisses, sowie der besonders zu experimenteller Prüfung einladenden successiven Assoziationen. Die jüngste Entwicklungsphase der experimentellen Psychologie schreckt nicht davor zurück, auch den Fragen des Affekts, der komplizierteren Willenshandlungen und der Ausdrucksbewegungen näher zu treten. Mit einer kurzen Darstellung ist es unvereinbar, bei diesen Detailfragen die jeweilige Beteiligung Wundt's gesondert herauszugreifen, dessen befruchtende Anregung keiner dieser vielfältigen Arbeitsrichtungen gegenüber gefehlt hat.

Neben jener alle Zweige der experimentellen Psychologie berührenden vielseitigen Thätigkeit Wundt's, der wir vor allem die Durcharbeitung dieses Gebietes zu einer empirischen Einzelwissenschaft, die den Naturwissenschaften an die Seite gerückt werden muss, zu danken haben, ist der Forscher noch nach zwei wichtigen Richtungen hin für die Psychologie und mittelbar auch für alle diejenigen, deren Fach psychologischer Grundanschauungen nicht entraten kann, mithin auch für Psychiater, von Einfluss geworden.

Einmal handelt es sich darum, dass der experimentellen Psychologie, welche die psychischen Vorgänge des individuellen Bewusstseins, soweit ihnen typische Bedeutung innewohnt, und die Beziehungen des inneren Geschehens zu materiellen Prozessen betrachtet, als gleichberechtigt die Völkerpsychologie an die Seite tritt, welche die Untersuchungen auf die Sozialwissenschaften ausdehnt und Vorgänge zu erforschen bestrebt ist, die „der allgemeinen Entwicklung menschlicher Gemeinschaften und der Entstehung gemeinsamer geistiger Erzeugnisse von allgemeingültigem Wert zu Grunde liegen."

Zum zweiten sind hier jene Untersuchungen zu betonen, die Wundt's Stellung gegenüber dem Zusammenhang der psychologischen Grundprobleme mit philosophischen Fragen, vor allem den Prinzipien der Erkenntnistheorie, bekunden. Auch nach dieser Seite hin wird jeder, der etwa vom psychiatrischen Standpunkt aus sich auf Erörterungen über das Wesen des Zusammenhangs zwischen seelischen und materiellen Vorgängen einlässt, grundlegenden Aufschluss finden können.

Wundt hatte zum ersten Mal das gesamte empirisch-psychologische Material zusammengestellt in seinen „Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele", einem 1863 erschienenen Buch, das noch den Einfluss der physiologischen Schule jener Zeit erkennen lässt, wenn auch die Auffassung Häckel's von jenem Werk und sein bei der Vergleichung mit Wundt's späteren Schriften erhobener Vorwurf völlig unbegründet ist. Hätten nicht bei zahlreichen, in philosophischen Dingen ungeschulten Medizinern die naïven Ausführungen der „Welträtsel" Beifall gefunden, so könnte man es sich ersparen, noch besonders Häckel's Polemik zurückzuweisen, die es so hinstellt, als ob Wundt von einer jugendlich unbefangenen, materialistischen Weltanschauung nunmehr zu einem spekulativen Standpunkt herangealtert wäre. Was Wundt in der zweiten seiner Vorlesungen ausführt, ist eine glatte Absage an die „materialistischen Popularphilosophen mit ihrer Begriffsverwirrung" und an den Materialismus, der „nicht einen nennenswerten Beitrag positiver Untersuchungsergebnisse geliefert" hat.

Aus Wundt's „Physiologie des Menschen", die 1865 in I., zum letztenmal 1878 in IV. Auflage erschien, sind als die hervorragendsten Abschnitte neben der allgemeinen Physiologie, in der der Forscher die Grundlinien einer organischen Physik anzudeuten bestrebt war, insbesondere die Kapitel über Sinnesphysiologie und über die Reizungsvorgänge der nervösen Organe zu nennen; auch letzteres fällt in Wundt's engeres Arbeitsgebiet und hat in den „Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervenzentren", Erlangen 1871, zu einer gesonderten Darstellung geführt.

Während die „Vorlesungen über Menschen- und Tierseele“ in ihrer ursprünglichen Fassung nicht wieder auflebten, hat Wundt seine individualpsychologischen Forschungen an drei verschiedenen Stätten zusammenhängend niedergelegt. Die „Grundzüge der physiologischen Psychologie“, die zur Zeit in 5. Auflage erscheinen und nunmehr zu einem mächtigen, dreibändigen Werke angewachsen sind, bringen nach einer mehr lehrbuchartigen Darstellung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nervensystems in eingehendster Weise die Methoden der naturwissenschaftlichen, vorzugsweise physiologischen Behandlung psychologischer Fragen unter kritischer Würdigung ihrer wichtigsten Ergebnisse. Vor wenigen Jahren erschienen in vollständig neuer Bearbeitung die 2. und 3. Auflage der „Vorlesungen über Menschen- und Tierseele“; das Buch in seiner jetzigen Fassung ist bestrebt, Wesen und Zweck der experimentellen Psychologie klarzulegen und in erster Linie jene psychologischen Fragen zu erörtern, bei denen philosophische Gesichtspunkte zur Geltung kommen. Zur ersten Einführung in das psychologische Denken ist neben den populären „Essays“ zweifellos jenes durch eine allgemeinverständliche Darstellung ausgezeichnete Buch am empfehlenswertesten. Während die Blicklinie der Behandlung in den „Grundzügen“ sich vom physiologischen Standpunkt nach den psychologischen Problemen hin erstreckt, geht sie in den „Vorlesungen“ von den philosophischen Fragen aus; in einer dritten Formulierung, dem seit wenigen Jahren bereits in 4. Auflage vorliegenden „Grundriss der Psychologie“ sucht Wundt das Fach in seinem eigensten Zusammenhang und in derjenigen systematischen Anordnung, die durch die Natur des Gegenstandes geboten ist, zugleich aber unter Beschränkung auf das wichtigste und wesentlichste, darzustellen. Die Fülle von Détailarbeit, die durch Wundt und seine Schüler zum Aufbau dieses Lehrgebäudes geleistet werden musste, findet sich zum grössten Teil veröffentlicht in den „Philosophischen Studien“, die nunmehr in einer Reihe von 20 Bänden vorliegen.

Wundt hat selbst stets die abnormen psychischen Zustände zu berücksichtigen gesucht. Neben allgemeineren Erörterungen über Veränderungen der psychischen Elemente, der Vorstellungen, der Gefühls- und Willensvorgänge seien besonders seine Aeusserungen über die abnormen Bewusstseinsverhältnisse, Schlaf, Traum und Hypnose, hervorgehoben. Seine nüchterne Kritik des Hypnotismus hat wesentlich dazu beigetragen, dass sich die übertriebenen Hoffnungen, die noch vor zwölf Jahren diesen Erscheinungen entgegengebracht worden waren, auf ein bescheidenes Maass reduzierten.

Wenn Wundt auch nicht selbst psychiatrisch thätig war, so hat er doch eine hervorragende Bedeutung für die Anwendung psychologischer Methoden und Gesichtspunkte auf unserem Gebiet durch das grosse Beispiel, das uns zeigt, wie eine Uebertragung der grundlegenden Disziplin der individuellen, normalen Psychologie auf weitere Forschungsgebiete möglich ist. Neben den psychischen Eigenschaften der Tiere und der psychischen Entwicklung des Kindes sind es ganz besonders die Verhältnisse der Entwicklung geistiger Gemeinschaften, welche er an verschiedenen Orten, zumeist in seiner „Völkerpsychologie" eingehend dargestellt hat.

In den bisher vorliegenden zwei starken Bänden wird zunächst die Entwicklung der Sprache aus den Ausdrucksbewegungen, insonderheit der Lautgeberde, dargestellt. Die physiologische und pathologische Seite der Sprachforschung kommt dabei zur Geltung, wobei vor allem auf die Kritik gegenüber den Sprachpathologen hingewiesen sei, die aus immerhin nicht sehr zahlreichen und keineswegs eindeutigen Befunden viel zu weit gehende Schlüsse wagen und gerade durch ihre Sprachstörungsschemata, die im Einzelfall doch meist im Stich lassen, eher Verwirrung als Erklärung gestiftet haben. Mit einem imposanten Aufwand sprachwissenschaftlichen Einzelmaterials sind die psychologischen Probleme verfolgt und die von philologischer Seite aufgestellten Sprachgesetze einer neuen Beleuchtung unterworfen. Neben dieser Behandlung der Sprache als Form aller gemeinsamen geistigen Inhalte sollen nunmehr in den folgenden Bänden der Völkerpsychologie das Bereich der gemeinsamen Vorstellungen, vor allem der Mythus, und das der gemeinsamen Motive des Wollens, die Normen der Sitte, ihre Darstellung finden.

Durch diese That einer umfassenden Anwendung psychologischer Gesichtspunkte auf einem Gebiet, das experimenteller Untersuchung so gut wie verschlossen ist, so dass an ihre Stelle in erster Linie die Methode der vergleichenden Beobachtung herangezogen werden muss, konnten die von vielen Seiten, so auch von dem Historiker Lamprecht und dem Psychologen Münsterberg, geäusserten Bedenken schlagend wiederlegt werden, dass sich die moderne Psychologie zu einer Anwendung auf andere, vorzugsweise geisteswissenschaftliche Gebiete nicht eigne; an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass neuerdings durch Rötteken mit Glück der Versuch durchgeführt worden ist, auch die Probleme der Poëtik von einem Gesichtspunkt, der sich auf der Basis der Wundt'schen Psychologie erhebt, zu bearbeiten. Um wieviel näher muss es dem Forscher auf dem Gebiet der Psychopathologie liegen, gegenüber seiner bisherigen, bloss beobachtenden Stellung, bei der vielfach

die normale Psychologie völlig unberücksichtigt blieb oder erst sekundär von den pathologischen Erscheinungen ein Schluss auf die normalen psychischen Verhältnisse versucht wurde, nunmehr die zahlreichen dunklen Fragen seines Gebietes von der Grundlage der exakten normalen Psychologie aus zu beurteilen und zu untersuchen! Thatsächlich liegen bereits eine stattliche Reihe von experimentellen Untersuchungen über veränderte Wahrnehmung, über Störung der Merk- und Reproduktionsfähigkeit, über pathologische Associationen, über abnorme Willensreaktionen u. s. w. vor, sei es, dass hierzu im psychologischen Laboratorium direkt Geisteskranke untersucht wurden, sei es, das bei Geistesgesunden durch mannigfache Eingriffe, Intoxikation, Erschöpfung u. a., abnorme Zustände hergestellt worden waren. Wenn auch die Zahl der Mitarbeiter auf diesem Gebiet noch recht klein ist, die Erkenntnis seiner Bedeutung für die Psychiatrie ist doch in erfreulichem Wachsen begriffen, so dass immer seltener die noch vor kurzem üblichen skeptischen und geringschätzigen Bemerkungen der Mediziner, auch der Irrenärzte, gegenüber der modernen Psychologie geäussert werden.

Mag nun auch der experimentelle Betrieb im psychologischen Laboratorium möglich sein, wenn einer nur die Methoden und Resultate der empirischen Psychologie berücksichtigt, so ist doch jeder, der tiefer eindringen will, der auch vom psychiatrischen Standpunkt über das Bereich der psychologischen Einzelthatsachen hinausblickt und sich etwa über das Verhältnis seelischer Vorgänge zu materiellen Veränderungen auseinandersetzen will, notgedrungener Weise darauf hingewiesen, auch die Grundfragen der theoretischen Psychologie heranzuziehen.

Fechner's Stärke beruhte zunächst auf der jede Tradition verachtenden, tief vordringenden Einzelarbeit, die vor allem auf schwer zugänglichen Grenzgebieten unerschrocken neue Probleme aufstellte und siegreich in Angriff nahm, dann aber auch auf seiner glänzenden metaphysischen Abrundung einer Gesamtweltanschauung, auf seiner kühnen Gedankendichtung, die weit über die Grenze der Erfahrung hinausgreift, ohne mit den Erfahrungsthatsachen in Widerspruch zu treten, während er der dritten unter den Aufgaben eines philosophischen Denkers, der erkenntnistheoretischen Fundierung seiner philosophischen Arbeit, minder Berücksichtigung schenkte. Letztere Fragen haben, neben der Détailforschung, bei Wundt stets einen grossen Raum eingenommen; in seiner Metaphysik entfernte er sich weniger weit von dem Bereich des einzelwissenschaftlichen Erfahrungsmaterials, als der phantasiereiche Fechner. Die Prinzipien der Psychologie bilden im Zusammenhang mit erkenntnistheoretischen Untersuchungen einen Hauptgegenstand in Wundt's „Logik", sowie in dem „System der Philosophie".

Als Objekt der Psychologie stellt Wundt den Gesamtinhalt der unmittelbaren Erfahrung hin, soweit sie durch Reflexionen noch nicht beeinflusst ist und jene Abstraktion fern bleibt, auf Grund deren die Naturwissenschaft die objektiven Elemente der Erfahrung von den subjektiven lostrennt. Mit der dadurch gewährleisteten Anschaulichkeit der psychologischen Erkenntnisweise ist die Psychologie im strengeren Sinne eine empirische Wissenschaft als die Naturwissenschaften.

Unter den allgemeineren Ergebnissen der Psychologie sind an erster Stelle die psychologischen Beziehungsgesetze zu nennen. Jede noch so einfach erscheinende Vorstellung, jeder Gefühlszustand umfasst bereits eine Mannigfaltigkeit psychischer Elemente. Neben den Elementen des objektiven Erfahrungsinhaltes, den Empfindungen, sind als die subjektiven Elemente, die einfachen Gefühle, zu nennen. Aus diesen beiden Gruppen von Elementen bestehen die psychischen Gebilde, die Vorstellungen aus den Empfindungselementen, die Gemütsbewegungen aus den einfachen Gefühlen. Es ist nicht angängig, diese Verbindungen nach dem Associationsschema zu deuten und die materielle Seite des Vorganges etwa durch eine Erregungsleitung von Ganglienzelle zu Ganglienzelle restlos veranschaulichen zu wollen. Die Verbindung von psychischen Elementen führt vielmehr zu etwas Eigenartigem und Neuem, das weder in den Sinneseindrücken präformiert ist, noch als Ergebnis eines Associationsvorganges erklärt werden kann, auf Grund des psychologischen Vorganges der schöpferischen Synthese. Aus diesem von Wundt bereits zur Erklärung der Entwickelung des räumlichen Vorstellens formulierten Gesetz, das in Kürze aussagt, dass auf psychischem Gebiet die Eigenschaften der Resultanten nicht vollständig in denen der Komponenten enthalten sind, ergiebt sich, dass die deduktive Methode in der Psychologie und somit in den Geisteswissenschaften nicht durchführbar ist.

Das Gesetz der psychischen Relationen oder der beziehenden Analyse, das in seiner Allgemeingiltigkeit auch das Weber'sche Gesetz als einen Spezialfall umfasst, will aussagen, dass ein Vorstellungsinhalt erst dadurch klar und deutlich wird, dass er zu anderen Inhalten in Beziehung gesetzt wird.

Die Erscheinungen der Gefühlssphäre lassen sich unter das Gesetz des psychishen Kontrastes zusammenfassen. Nach Gegensätzen, Lust — Unlust, Hemmung — Erregung, Spannung — Lösung, gruppieren sich die einfachen Gefühle, indem sie sich durch ihr wechselseitiges Verhalten, durch ihren Kontrast verstärken.

In diesen drei psychologischen Gesetzen spiegelt sich das all-

gemeinere Prinzip der Apperzeption wieder. Ueber den landläufigen, von Leibnitz angebahnten Begriff der Apperzeption hinaus, die aus der Fülle der im Bewusstsein befindlichen, perzipierten Inhalte nur einen geringen Teil zur vollen Bewusstseinsklarheit erhebt und gewissermassen aus dem Blickfeld des Bewusstseins in dessen Blickpunkt rückt, hat Wundt auch noch die Aufmerksamkeit als psychische Thätigkeit mit dem Namen der Apperzeption bezeichnet Es lassen sich bei diesem Vorgang folgende Momente besonders auseinanderhalten: „Die Erhebung der Vorstellung zur grösseren Klarheit; Muskelempfindungen, die in der Regel zu dem betreffenden Vorstellungsgebiet gehören; Gefühle, die regelmässig die Erhebung der Vorstellungen teils begleiten, teils ihr vorangehen.“ Wenn nicht äussere Reize die Aufmerksamkeit fesseln, wobei von passiver Apperzeption geredet werden kann, sondern frühere Erlebnisse des Bewusstseins, reproduktive Elemente, die Richtung der Aufmerksamkeit bedingen, ist das Bewusstsein eines selbstthätigen Erzeugens vorhanden, so dass wir diese aktiven Apperzeptionen als Handlungen unseres „Ich“ auffassen.

Im Gegensatz zu den Assoziationen, bei denen sich Vorstellungen äusserlich aneinanderschliessen und das einzelne Element nur durch wenig andere, die gleichzeitig auftraten oder kurz vorhergingen, beeinflusst wird, handelt es sich bei der apperzeptiven Verbindung um den Effekt einer Fülle früherer Erlebnisse und um die Zerlegung eines sich als Ganzes darbietenden Gedankeninhalts in seine Teile, also um eine Vorstellungsverbindung auf der Basis eines durch Zwecke geleiteten Wahlaktes. Bei den apperzeptiven Vorgängen fusst das Thätigkeitsbewusstsein auf dem Zusammenhang der Dinge, und das Wollen ist bereits eingeschlossen in den Vorstellungen, Gefühlen und Strebungen; keine Willensäusserung ohne begleitende oder einleitende Gefühlserscheinungen. Aus Triebhandlungen, einfachen, eindeutig bestimmten Willenshandlungen, bei denen sich im Bewusstsein nur ein einziges Motiv geltend macht, entwickeln sich beim Zusammentreffen mehrerer Motive die Willkürhandlungen oder zusammengesetzten Willenshandlungen, und aus einem Wettstreit verschiedener Motive die Wahlhandlungen, während die Reflexe nach Wundt durch einen Rückbildungsprozess aus den einfachen Willenshandlungen abgeleitet sind.

Unsere unmittelbare Erfahrung zeigt kein Sein, sondern es gilt hier das alte *πάντα ῥεῖ*. Die „Verbindungen des psychischen Geschehens, die wir Einheit des Bewusstseins nennen können“, würden durch die Hypothese eines substantiellen Trägers der Bewusstseinserscheinungen um nichts begreiflicher. Statt eines solchen substantiellen Seelenbegriffes

stellt Wundt den Begriff der Aktualität auf. Seele ist die Gesamtheit der inneren Erfahrung; alle psychischen Thatsachen sind Ereignisse, nicht Gegenstände, sie verlaufen wie alle Ereignisse in der Zeit und sind in keinem folgenden Moment die nämlichen, wie sie in einem vorangegangenen waren. Also in einer „Summe von Ereignissen" ist nach dem Aktualitätsprinzip das Psychische zu suchen, anstatt seine Erscheinungen auf ein geheimnisvolles Etwas hinter ihnen zurückführen zu wollen.

Hinsichtlich der psychischen Kausalität will Wundt nichts wissen von der Annahme eines konstanten Subjektes, das als dauernde Ursache der individuellen psychischen Vorgänge angesehen wird. Im Gegensatz zu dem Gesetz der Konstanz, der Erhaltung der Energie auf physikalischem Gebiet behauptet er im Bereich des Psychischen das Gesetz des Wachstums der Werte, der Zunahme der psychischen Energie. Die Inhalte der unmittelbaren Erfahrung können wir im Zusammenhang unserer inneren Vorgänge unmittelbar als kausal verbunden auffassen, so dass die Ursachen eines Erlebnisses durchaus im unmittelbaren Erfahrungsinhalt zu suchen sind. Die Annahme unbewusster psychischer Vorgänge bezeichnet er als unzulässig; freilich giebt er das Vorkommen relativ unbewusster Vorgänge oder geringerer Grade von Bewusstseinshelligkeit zu, wie es ja insbesondere bei der Erörterung abnormer Geisteszustände, der Traumvorgänge, des unentwickelten Bewusstseins in der frühesten Kindheit oder der seelischen Aeusserungen in der Tierwelt unerlässlich ist.

Die intellektualistische Lehre, wie sie einst von Herbart und neuerdings noch von der grossen Menge der Assoziationspsychologen vertreten wird, möchte den objektiven Elementen des Erfahrungsinhaltes, den Vorstellungen, einen Vorrang zusprechen gegenüber den damit eng verbundenen subjektiven Elementen. Wundt betont im Gegensatz hierzu die Lehre des Voluntarismus, dass das psychische Geschehen „mit den ihm eng verbundenen Gefühlen einen ebenso unveräusserlichen Bestandteil der psychologischen Erfahrung ausmacht, wie die Empfindungen und Vorstellungen, und dass nach Analogie des Willensvorganges alle anderen psychischen Prozesse aufzufassen seien: als ein fortwährend wechselndes Geschehen in der Zeit, nicht aber als eine Summe beharrender Objekte, wie dies meist der Intellektualismus annimmt".

Wie stellt sich Wundt zu dem alten Problem der Beziehungen zwischen Hirn und Seele? Trotz der Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse davon, welche materiellen Vorgänge sich zwischen dem Stich einer Nadel in unsere Fingerkuppe und dem Zurückziehen der Hand abspielen, haben

wir doch nicht den mindesten Zweifel, dass eine Reihe von Prozessen im Nervensystem, speziell in der Grosshirnrinde, die Bindeglieder dieser beiden äusseren Vorgänge bilden. Unbedingt ist hierfür das Prinzip der Geschlossenheit der Naturkausalität anzuerkennen, das uns bei strenger Fassung verbietet, jene Bewusstseinserscheinungen, welche etwa zeitlich zwischen den erwähnten zwei Momenten in uns wach werden, Schmerz, Furcht u. s. w., als selbständige Glieder der Kausalkette zwischen jene Berührung mit der Nadel und die Handbewegung einzuschalten. Die physikalische und die psychologische Kausalerklärung sind durchaus unvergleichbar miteinander, nur Physisches kann mit Physischem, nur Psychisches mit Psychischem kausal verknüpft sein. Ein psychophysischer Kausalnexus, eine Wechselwirkung, wäre ein inhaltloser Begriff; der Definition des Physischen wie der des Psychischen würde auch die von mancher Seite betonte Auffassung des Letzteren als einer besonderen Energieform im naturwissenschaftlichen Sinne direkt widersprechen. So fest begründet auch unsere Ueberzeugung ist, dass gleichzeitig mit den psychischen Vorgängen sich materielle Hirnrindenveränderungen abspielen, so wenig haben wir ein Recht, mehr als das empirische Postulat dieser Koëxistenz aufzustellen. Als das regulatorische Prinzip des psychophysischen Parallelismus formuliert es Wundt dahin, „dass alle Thatsachen, die gleichzeitig der mittelbaren oder naturwissenschaftlichen und der unmittelbaren oder psychologischen Erfahrung angehören, da sie eben Bestandteile einer einzigen, nur jedesmal von einem verschiedenen Standpunkt aus betrachteten Erfahrung sind, auch notwendig in Beziehung stehen, insofern innerhalb dieses Gebietes jedem elementaren Vorgang auf psychischer Seite ein solcher auf physischer entsprechen muss.“ Klar legt Wundt Verwahrung ein gegen eine Verwechslung dieses Prinzips mit dem universellen Parallelismus, wie er in der Metaphysik Spinoza's bereits angebahnt ist und in dem System Fechner's eine bedeutende, freilich jenseits der Grenzen aller Erfahrung liegende Rolle spielt, indem dieser Denker jedem äusseren Geschehen einen psychischen Parallelvorgang, einen geistigen Inhalt beimisst.

Die Prinzipien seiner psychologischen Grundanschauung, die wir hier in aller Knappheit zu skizzieren versucht haben, fasste Wundt in die drei Sätze zusammen:

„1. Die innere oder psychologische Erfahrung ist kein besonderes Erfahrungsgebiet neben anderen, sondern sie ist die unmittelbare Erfahrung überhaupt.

2. Diese unmittelbare Erfahrung ist kein ruhender Inhalt, sondern ein Zusammenhang von Vorgängen; sie besteht nicht aus Objekten,

sondern aus Prozessen, nämlich aus den allgemeingiltigen menschlichen Erlebnissen und ihren gesetzmässigen Wechselbeziehungen.

3. Jeder dieser Prozesse hat einerseits einen objektiven Inhalt und ist andererseits ein subjektiver Vorgang, und er schliesst auf diese Weise die allgemeinen Bedingungen alles Erkennens sowohl wie aller praktischen Bethätigungen in sich.“ Aus diesen Bestimmungen folgert Wundt, dass die Psychologie als Wissenschaft der unmittelbaren Erfahrung für die Naturwissenschaften, die den mittelbaren Erfahrungsinhalt zum Objekt haben, die ergänzende Erfahrungswissenschaft ist, dass sie weiterhin die Grundlage der Geisteswissenschaften darstellt und schliesslich für die Philosophie die vorbereitende empirische Wissenschaft bedeutet.

Es würde über den Rahmen dieses Aufsatzes hinausgehen, würde ich noch den Versuch machen, mich darüber zu äussern, wie Wundt die Ergebnisse der Psychologie zu psychologischen Ideen im metaphysischen Sinne ausarbeitet. Nur soviel sei angedeutet, dass er als Endresultat den reinen Willen oder die transzendentale Apperzeption hinstellt und, unter Würdigung des Einschlusses jedes Einzelwillens in eine mit ihm in Wechselwirkung stehende Willensgemeinschaft, in der Richtung über die höheren Willenseinheiten der Familie, des Stammes, der beruflichen und staatlichen Gemeinschaft hinaus zur Idee eines menschlichen Gesamtwillens gelangt, der „die gesamte Menschheit in der bewussten Vollbringung bestimmter Willenszwecke vereinigt“.

Ebensowenig gehören hierher die Probleme der Ethik, denen Wundt ein umfassendes Werk gewidmet hat, wie auch die weiteren Fragen der Logik, Methodologie und Metaphysik.

Es würde an dieser Stelle nicht angemessen sein, wollte man die von verschiedenen Seiten gegen Wundt's Lehre erhobenen Einwände hier näher berühren. Dass eine Reihe gegnerischer Aeusserungen laut geworden sind, darf nicht Wunder nehmen, wenn wir uns vergegenwärtigen, wie Wundt's Forschung einerseits zu einer Fülle von Einzeluntersuchungen auf einem bisher unbebauten Gebiet geführt hat, andererseits aber auch in den prinzipiellen Erörterungen sich Fragen zuwendete, die seit Alters im Mittelpunkt lebhaftester Diskussion stehen. Es wurde die auf schwankenden Füssen stehende Hypothese eines Apperzeptionszentrums angegriffen, es wurde gegen die von Wundt erst in späteren Jahren aufgestellte Theorie von den drei Hauptrichtungen des Gefühls bekämpft, es wurden schwere Einwände gegen den Wirklichkeitsstandpunkt bei der unmittelbaren Erfahrung erhoben u. s. w. Um so eher können wir auf eine Besprechung dieser Streitfragen verzichten, als es

sich hier weniger um Ergebnisse der empirischen Psychologie handelt. Gerade jenen psychiatrischen Lesern gegenüber, die sich von den psychologischen Prinzipienfragen nicht angezogen fühlen, sei noch besonders betont, dass man auf empirisch-psychologischem Gebiet sehr wohl produktiv thätig sein und sich fruchtbaren experimentellen Aufgaben widmen kann, ohne auf jene grundlegenden Theorien selbst näher einzugehen.

Nur hinsichtlich eines Punktes sei es erlaubt, die Ueberzeugung auszusprechen, dass alle Einwände und Angriffe gegen Wundt's Lehre abprallen werden. Ich meine den Kampf der Assoziationspsychologen gegenüber der Stellung, die Wundt seiner Apperzeption zuweist. Um so mehr möchte ich das betonen, als die Assoziationspsychologie sich gerade bei Medizinern besonderer Beliebtheit erfreut, einmal wegen der bequemen Art, in der sie der verbreiteten Neigung zum Schematisieren entgegenkommt, freilich auf Kosten der Richtigkeit, dann vielleicht auch auf Grund des rein äusserlichen Umstands, dass der für Nichtfachleute besonders fasslich gehaltene, assoziationspsychologische Leitfaden von Ziehen sich vielfach in den Händen der Mediziner befindet. Wer jedoch über eine derartige erste Einführung hinaus sich mit den Problemen der Psychologie beschäftigt, wird bald finden, dass die psychischen Verhältnisse doch unendlich viel komplizierter, doch minder trocken und einfach sind, als es die stark schematisierende Assoziationspsychologie hinzustellen scheint. Vor allem die neuere Richtung der klinischen Psychiatrie ist geeignet zu demonstrieren, wie unberechtigt es ist, den intellektuellen assoziativen Prozessen einen Vorrang einzuräumen, da gerade bei der, eine eminente Zahl Geisteskranker umfassenden Gruppe der Dementia präcox oder der juvenilen Verblödungsprozesse, deren Verhältnisse jetzt immer mehr das Interesse der klinischen Forschung wachrufen, sich die Störung vorzugsweise in folgendem charakterisiert: bei ziemlich gut erhaltener assoziativer und reproduktiver Fähigkeit ist der Kranke auf apperzeptivem und affektivem Gebiet stark gestört, so dass er der Initiative ermangelt, apathisch wird, nicht mehr aufmerkt und alsbald das Bild eines apperzeptiv-affektiven Blödsinns darbietet, während er bei sorgfältiger Prüfung noch weitreichenden Besitz seiner Kenntnisse zeigt, auf Aufforderung hin zu assoziieren und zu reproduzieren vermag, ohne aber seinen intellektuellen Schatz selbständig, aktiv verwerten zu können.

Nur soviel möge aus meinen Ausführungen entnommen werden: Es ist ein umfang- und inhaltreiches Gebiet, das die moderne Psychologie umfasst, und wenn die wissenschaftliche Welt in Wilhelm Wundt den Forscher ehrt, der mit Anregung, Einzeluntersuchung, gedanklicher

Durcharbeitung und Zusammenfassung dieses Gebiet in der bedeutendsten Weise beeinflusst und zum grössten Teil erst geschaffen hat, so muss auch die Psychopathologie ein gut Teil Dankesschuld in sich verspüren.

Mit Recht hatte die Psychiatrie seit drei Jahrzehnten grossen Nachdruck auf hirnanatomische Untersuchungen gelegt; es ist jedoch nicht zu leugnen, dass in den letzten Jahren das Gefühl einer gewissen Enttäuschung auf diesem Gebiet lebendig geworden ist, hat man doch noch auf der vorjährigen Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte im Anschluss an Heilbronner's eingehendes Referat „Ueber den heutigen Stand der pathologischen Anatomie der sogenannten funktionellen Psychosen“ gegenüber den früheren Hoffnungen lebhaft Chamade geblasen. Möge nunmehr ein Teil des Interesses und der Arbeitskraft unserer Fachgenossen sich der Verwertung modern psychologischer Gesichtspunkte für psychiatrische Fragen widmen, es wird der psychiatrischen Wissenschaft reichlich Zins tragen!

Wundt hat einmal den berechtigten Wunsch geäussert, er möchte an jeder Universität ein Laboratorium für experimentelle Psychologie erstehen sehen. Im Ausland, vorzugsweise in Amerika, ist die Erfüllung dieses Wunsches bereits eingetreten; langsamer schreitet sie in Deutschland vor. Im Interesse der Ausbildung der Naturforscher und Mediziner, insbesondere der Irrenärzte, vor allem im Interesse der Entwicklung der Psychopathologie würde es liegen, wenn neben jenem Wunsche auch noch die weitergehende Hoffnung, die wir zu Wundt's 70. Geburtstag aussprechen wollen, auf Verwirklichung rechnen darf: Möge in nicht allzuferner Zeit die empirische Psychologie eins der Fächer sein, über das jeder Naturforscher und jeder Mediziner, etwa vor dem Physikum, eine Vorlesung hört; möge jeder Psychiater sich praktisch im psychologischen Laboratorium bethätigen lernen und, als Vorbedingung dazu, möge jede psychiatrische Klinik, die Anspruch auf eine vollkommene Ausrüstung mit allen Lehr- und Forschungsmitteln erhebt, auch über ein Laboratorium für experimental-psychologische Untersuchungen verfügen!

Von den Hauptwerken Wundt's seien folgende aufgeführt:

Beiträge zur Theorie der Sinneswahrnehmungen. Leipzig 1862.
Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele. Leipzig 1863. 2. und 3. umgearbeitete Auflage 1892, 1897.
Physiologie des Menschen. Stuttgart 1865. 4. (letzte) Auflage 1878.
Die physikalischen Axiome und ihre Beziehungen zum Kausalprinzip. Erlangen 1866.
Untersuchungen der Mechanik der Nerven und Nervencentren. Erlangen 1871.

Grundzüge der physiologischen Psychologie. Leipzig 1873—1874. 1. Band der 5. Auflage 1902.
Logik. 1. Band: Erkenntnistheorie; 2. Band: Methodenlehre. Stuttgart 1880 bis 1883.
Essays. Leipzig 1885.
System der Philosophie. Leipzig 1889. 2. Auflage 1897.
Ethik, eine Untersuchung der Thatsachen und Gesetze des sittlichen Lebens. Stuttgart 1886.
Hypnotismus und Suggestion. Leipzig 1893.
Grundriss der Psychologie. Leipzig 1896. 4. Auflage 1901.
Völkerpsychologie. 1. Teil: Die Sprache. 1. und 2. Band. Leipzig 1900—1901.
Einleitung in die Philosophie. Leipzig 1902.

Zur Orientierung über Wundt's Lehre ist zu empfehlen:
E. König: W. Wundt. Seine Philosophie und Psychologie. Stuttgart 1901.
Ferner: Eisler: W. Wundt's Philosophie und Psychologie. Leipzig 1902.

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Geheimrat Professor Dr. Kast.)

II. Beitrag zur Kenntnis der posttyphösen Muskelerkrankungen.

Von **Dr. Paul Krause**-Breslau.

Die muskulären Komplikationen des Typhus werden in den gegenwärtig gebräuchlichen Lehr- und Handbüchern nur kurz abgefertigt und auch die ausführlicheren geben nur wenige Worte darüber.

So erwähnt v. Strümpell[1]) die körnige und wachsartige Degeneration der Muskeln und führt die grosse Muskelhyperästhesie und die spontanen Muskelschmerzen darauf zurück: Blutungen in die Muskel kämen nur in schweren Fällen vor.

Curschmann[2]) sagt von den pathologischen Veränderungen der Muskeln bei Typhus nur: „Es sei in dieser Beziehung zunächst der Erweichungsprozesse und der Blutungen in die Substanz der Muskeln gedacht."

Liebermeister[3]) erwähnt Zerreissungen der Muskeln, häufig mit Hämorrhagien verbunden, welche infolge der durch Degeneration derselben entstandenen Brüchigkeit vorkämen.

Romberg[4]) gedenkt der „parenchymatösen" Entartung mit albuminoider und fettiger Körnung, vor allem der Bauch- und Oberschenkelmuskel und erklärt die hochgradige Schwäche der Typhuskranken mit dem Untergange der Muskelfasern: sonst würde die Beobachtung nur merklich, wenn durch Einreissen der erkrankten Muskeln Blutungen in dieselben entstünden.

Muskuläre Komplikationen, wie Paresen der unteren Extremitäten, der Stimmbänder, des musc. deltoides, rectus abdominalis erwähnen ältere Autoren, so Friedberg,[5]) Vogel[6]) etwas häufiger.

Henoch[7]) hat unter 381 Typhusfällen im Kindesalter nur zweimal Muskelerkrankungen danach und zwar Hämatome des musc. rectus abdominis gesehen, welche günstig verliefen.

Auch die Kasuistik über muskuläre Komplikationen nach Typhus ist in der neueren Zeit nur spärlich, jedenfalls konnte ich in den gangbaren Sammelwerken keine in dieses Gebiet schlagenden Fälle finden; daraus geht wohl zur Genüge hervor, dass derartige Befunde nur selten klinisch so hervortreten, dass sie als „Komplikationen" nach Typhus aufgefasst werden müssten, eine Thatsache, welche mit den von Zenker[8]) erhobenen Befunden an den Muskeln typhöser Leichen in vollem Widerspruche steht; ich werde darauf später zurückkommen.

Hier möge erst ein Auszug folgender Krankengeschichte folgen:

Max R., ein 14jähriger Tischlerlehrling aus Breslau, wurde wegen Typhus am 8. Mai 1901 in die medizinische Klinik aufgenommen; er ist hereditär nicht belastet. Als Kind hatte er „Drüsen" am Halse und litt häufig an Kopfschmerzen. Er erkrankte am 5. Mai mit Kopfschmerzen, Seitenstechen, Bauchschmerzen und Durchfall. Infektionsort und -Quelle nicht näher zu eruieren. R. ist ein mittelgrosser, mässig muskulöser Mensch mit geringem Fettpolster. Seine Haut fühlt sich heiss an. Temperatur 38,8° C., Puls 80—90 in der Minute, weich, dikrot, regelmässig. Atmung frei. Leichte chronische Conjunctivitis, herpes labialis, mässig belegte Zunge, geringe Angina catarrhalis. Der Befund der Brustorgane bietet keine Besonderheiten. Das Abdomen ist weich, nicht eingefallen, es besteht weder Meteorismus, noch Ascites. Die Milz ist perkutorisch vergrössert und deutlich palpabel, die Leber reicht $1^1/_2$ cm über den rechten Rippenrand, ist deutlich palpabel; Patellarreflexe normal. Mehrere Roseolen auf dem Abdomen. Leucocytenzahl: 5600. Widal'sche Reaktion: 1:40 positiv. Urin eiweiss- und zuckerfrei, giebt positive Diazo- und negative Indikanreaktion. Aus dem Verlaufe ist hervorzuheben, dass aus den Roseolen, welche in den nächsten Tagen reichlicher wurden, Typhusbazillen gezüchtet werden konnten, ferner dass der Stuhl keine Besonderheiten darbot. Am 17. Mai ist der Kranke fieberfrei und ohne Beschwerden. Bis auf zwei Panaritien des zweiten und dritten Fingers der rechten Hand verlief der Typhus ohne jede Komplikation.

Am 27. Mai, an welchem Tage der Patient zum ersten Male aufstehen sollte, fiel er beim Versuche dazu kraftlos hin. Eine nähere Untersuchung stellte folgendes fest:

Die Prüfung der Motilität ergab, dass die passive Beweglichkeit völlig intakt war; die aktive Beweglichkeit war bei Ad- und Abduktion, bei Rotation nach innen und aussen erhalten, doch in geringem Maasse herabgesetzt. Dagegen können die Oberschenkel bei gestreckten Unterschenkeln nicht emporgehoben werden, auch vermag sich der Kranke aus der Rückenlage nur mit grosser Mühe emporzurichten.

Ausserdem besteht eine geringe Schwäche in den Flexoren der Unterschenkel, welche rechts ausgesprochener, wie links ist.

Die Sensibilität ist für sämtliche Qualitäten intakt. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind beiderseits deutlich gesteigert, die übrigen Reflexe ohne Besonderheit. Weder die mechanische Erregbarkeit der Muskeln, noch die wiederholten Untersuchungen mittelst des faradischen und galvanischen Stromes lassen einen pathologischen Befund erkennen.

Es besteht eine mässige Druckempfindlichkeit der Muskeln der Oberschenkel und der musc. glutaei, ohne dass es möglich wäre, besondere Muskelgruppen abzugrenzen; eine Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämme ist dagegen nicht zu konstatieren. Subjektive Schmerzen sind nicht vorhanden.

Unter Bettruhe, Massage und Behandlung mit dem elektrischen Strome tritt allmählich Besserung ein. Am 31. Mai kann der Kranke die Oberschenkel schon in geringem Grade beugen, doch nur mit grosser Anstrengung, am 10. Juni können dieselben fast völlig gebeugt werden, allerdings ohne grosse Kraft. Der Kranke vermag zu gehen; er senkt und hebt dabei in übertriebenem Maasse das Becken, wodurch der Gang ganz auffallend „watschelnd“ wird. Ausserdem besteht noch geringe Druckempfindlichkeit der musc. glutaei und der Muskulatur der Oberschenkel.

Von da an tritt rasche Besserung ein; am 26. Juni konnte der Patient geheilt entlassen werden: Sein Gang war normal, auch nach längerem Laufen war nichts pathologisches daran zu erkennen; die Patellarreflexe waren noch leicht gesteigert. Bei einer Nachuntersuchung nach zwei Monaten wurde derselbe Befund erhoben.

Bei diesem Befunde wurde die Diagnose auf muskuläre Parese, speziell der beiden musculi ileopsoas, der musc. glutaei und der Flexoren des Unterschenkels gestellt.

Eine Erkrankung der Nerven ist sicher auszuschliessen; es spricht dagegen die Verteilung der Lähmung, das Fehlen jeglicher Sensibilitätsstörungen, der Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, der Entartungsreaktion, ferner das Verhalten der Reflexe. Auch für eine funktionelle Störung nach Art der hysterischen Paresen giebt das sonstige Verhalten des Patienten keinerlei Anhaltspunkte. Es erscheint daher bei Weitem am nächsten liegend, in der Affektion unseres Kranken den klinischen Ausdruck der, in anatomischer Hinsicht von Zenker in klassischer Weise geschilderten Muskelveränderungen zu sehen.

Nach Zenker's Untersuchungen ergiebt sich, dass „sich im Typhus abdominalis eine in den verschiedenen Muskelgruppen nachweisbare Degeneration der quergestreiften Muskelfasern findet, welche in Betreff der Konstanz ihres Vorkommens, wenn auch in sehr verschiedenem Grade der Intensität und Extensität, nur wenig hinter der charakteristischen Veränderung der Schleimhaut zurücksteht.“ Er unterscheidet eine körnige und eine wachsartige Degeneration, daneben einzelne Nebenformen. Am

häufigsten davon betroffen werden in absteigender Reihenfolge der muscul. rectus abdomin., pectinaeus, obturator in- und externus, ileopsoas, seltener andere Muskeln.

Diese muskuläre Degeneration entwickelt sich meist Ende der zweiten Woche, in schweren Fällen schon eher. Als Komplikationen dieser Veränderungen führt er Muskelrupturen, Muskelhämorrhagieen und Muskelvereiterung an.

Leichte Grade der Degeneration können bei Eintritt normaler Innervations- und Ernährungsverhältnisse heilen.

Es muss hier erwähnt werden, dass Zenker auch auf die klinische Seite dieser von ihm bei Leichen erhobenen Befunde von muskulärer Degeneration kurz eingeht und zwar hält er das Ziehen in den Gliedern, Abgeschlagenheit und Mattigkeit, reissende Muskelschmerzen, Druckempfindlichkeit der Muskeln für Symptome der bestehenden muskulären Degeneration.

Dass trotz des fast regelmässigen Vorkommens der muskulären Degeneration eine völlige Lähmung bestimmter Bewegungen auf der Höhe des Fiebers nur äusserst selten zur Beobachtung kommen, erklärt Zenker damit, dass grössere Muskeln nur selten in ihrer Totalität völlig degenerieren, stets seien in den grössten Degenerationsherden noch genügend normale Muskelfasern vorhanden, um Bewegungen, wenn auch nicht mit voller Kraft, ausführen zu können.

Untersuchungen mit dem elektrischen Strome, welche Zenker mit v. Ziemssen zusammen anstellte, fielen negativ aus.

Aus diesen kurzen Bemerkungen ergiebt sich, dass wir wohl berechtigt sind, unseren Fall unter die muskulären Erkrankungen im Sinne Zenker's zu deuten; immerhin ist die spärliche Kasuistik derartiger Fälle ein Zeichen dafür, dass thatsächlich von rein klinischem Standpunkte aus trotz der Konstanz der muskulären Degeneration an der Leiche derselben keine allzu grosse Bedeutung beizumessen ist.

Litteraturverzeichnis.

1) v. Strümpell, Spec. Pathologie und Therapie.
2) Curschmann, Thyphus abdominal. in Nothnagel's Sammelwerk.
3) Liebermeister, Typhus abdominal. in Ziemssen's Sammelwerk.
4) Romberg, Typhus abdominal. in Mering's Lehrbuch der inneren Medizin.
5) Friedberg, Pathologie und Therapie der Muskellähmung.
6) Vogel, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
7) Henoch, Kinderkrankheiten.
8) Zenker, Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im Typhus abdominalis. Leipzig, 1864.

II. Vereinsbericht.

Berliner Psychiatrischer Verein.

Bericht der Sitzung vom 15. März 1902.

Von Dr. Max Edel-Charlottenburg.

191) **Rosse**-Lichtenberg: Ueber Blutdruckmessungen bei Geisteskranken.

Die betreffenden Blutdruckmessungen wurden sämtlich mit dem Gärtnerschen Tonometer und zwar in seiner ursprünglichen Form in Verbindung mit dem Hg.-Manometer vorgenommen. Es wurde darauf geachtet, dass sie möglichst unter denselben Bedingungen, z. B. zu einer bestimmten Zeit des Tages, bei Haltung der Hand in Herzhöhe, an demselben Finger etc. stattfanden. Von der Aufstellung eines Normal-Blutdruckes wurde Abstand genommen, weil ich glaubte, dass hierbei eine grosse Menge kleiner Schwankungen unberücksichtigt bleiben könnte; zur Vereinfachung, z. B. bei Aufstellung von Kurven wurde der Durchschnittsblutdruck von ca. je acht Tagen genommen. Was die Auswahl der zu Messenden anbetraf, so habe ich zunächst Kranke mit schweren organischen, namentlich Herz- und Gefässerkrankungen, wenigstens bei einem Teile der zu Untersuchenden ausgeschieden, um eine nicht noch grössere Schwierigkeit als sie bei der Menge der einwirkenden Faktoren in der Sichtung der einzelnen Momente schon besteht, herbeizuführen und habe als Ausgangspunkt für einen Teil meiner Untersuchungen ein Organ mit physiologisch wechselndem Zustande genommen, nämlich die weiblichen Sexualorgane, indem ich glaubte, mit dem Wechsel der Blutmenge in denselben und nach dem allgemein physiologischen Gesetz: „der arterielle Druck innerhalb eines gewissen Gebietes des Schlagadersystems muss steigen oder fallen, je nachdem benachbarte Gebiete sich verengern oder sich erweitern", eine relativ sichere Basis für diese Untersuchungen hierdurch gewonnen zu haben.

Schon beim sogenannten normalen Weibe übt die Menstruation einen mehr oder weniger grossen Einfluss auf seinen psychischen Zustand aus, ganz abgesehen von Menstruationsstörungen bei Erkrankungen des Urogenitalapparates. Viel schärfer gestaltet sich dieser Einfluss bei psychisch abnormen Personen, namentlich aber bei imbecillen Mädchen, die zu Erregungszuständen neigen, bei Hysterischen mit ihrem Stimmungswechsel und auch bei Neurasthenischen. Eine Gruppe derartig Kranker, ferner eine Reihe älterer Personen, auf welche die Menstruation keinen wesentlichen Einfluss ausübt, wurde während der Zeit von vier Monaten täglich meist unter den vorerwähnten Vorsichtsmassregeln in Bezug auf das Verhalten des Blutdruckes untersucht.

Die psychischen Störungen bei den erstgenannten ohnehin labilen Personen während der Menstruation bestanden durchweg in allgemeiner Reizbarkeit und Verstimmung, typischem und raschem Stimmungswechsel, Angstzuständen unbestimmter Art, bei denen Hallucinationen meist hysterischer Färbung vorkamen. Bei den meisten dieser Kranken verlief die Menstruation unter teils mehr teils weniger heftigen Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Ziehen im Kreuz und Druck im Leib, dabei bestand wenigstens anfangs grosse Mattigkeit. Diese Störungen traten auch ohne Erkrankungen des Genitalapparates auf.

Zum Zustandekommen dieser mannigfachen und im Vergleich zu den

Menstruationsbeschwerden normaler Personen heftigen Störungen des Allgemeinbefindens körperlicher und psychischer Art genügt vielleicht schon bei diesen labilen Kranken die Vorstellung und das Denken an die Periode und die damit verbundenen Unannehmlichkeiten; auch kann man sich wohl vorstellen, dass diese Menstruationsstörungen ebenso wie die somatischen Störungen anderer Art, z. B. Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung etc. ein Ausdruck der gesamten anormalen Konstitution dieser Kranken sind. Der Blutdruck stieg hier, während er im Intermenstruum im grossen und ganzen gleich war, resp. nur rasch an- und absteigende Veränderungen zeigte, während der Dauer der Menstruation um ca. 20 mm und erhielt sich, was als charakteristisch im Gegensatze zu den vorher erwähnten Blutdrucksschwankungen angesehen werden kann, auf annähernd derselben Höhe. Ungefähr gleichzeitig mit dem Ansteigen setzten auch die vorher erwähnten psychischen Erscheinungen ein. Einigemale konnte ich bereits vor Eintritt der Menses und der psychischen Störung ein Ansteigen des Blutdruckes und ein Anhalten des erhöhten Druckes nach Verschwinden beider beobachten. Man könnte dieses Blutdruckverhalten als prae- und postmensuale Drucksteigerung bezeichnen. Ich möchte in diesem Falle der Blutdruckerhöhung eine indirekt schädigende Wirkung zuschreiben. Der Puls war hierbei meist beschleunigt, voll und ab und zu unregelmässig, die Arterie stark gespannt.

In der Reihe der anderen gemessenen Personen, bei denen sich wesentliche Störungen nicht geltend machten, blieb der Blutdruck annähernd derselbe, bei einigen war ein geringes Fallen des Blutdruckes nicht zu verkennen. Abgesehen von der Zeit der Menstruation kamen bei den gemessenen hysterischen Frauen rasch vorübergehende Blutdruckssteigerungen vor, auch waren die physiologischen Schwankungen des Blutdruckes z. B. nach Muskelanstrengungen oder nach langer Ruhe, z. B. nach dem Schlaf höher und rascher vorübergehend. Die höchsten gewonnenen Werte betrugen 150 mm Hg und zwar bei einem wahrscheinlich traumatischen Hysteriker, der im Winter 1900/1901 zur Beobachtung in der Anstalt sich befand (konstant 140/150 mm Hg) und auch jetzt zeigte der Kranke, nachdem er fast ein Jahr ausserhalb der Anstalt war, bei einigen Messungen konstant dieselben hohen Werte.

Die oben erwähnten physiologischen Schwankungen führen mich zu dem zweiten Teil meiner Untersuchungen, in denen ich das Verhalten des Blutdruckes bei gewissen Affekten, wie Angst, Furcht, Traurigkeit, Erregung etc. zu untersuchen beabsichtigte.

Ich ging hierbei von der Ueberlegung aus, dass diese allgemeinen Affekte als typische Reaktionen des Gehirns auf bestimmte Reize stets annähernd dieselben sein müssten.

Ich habe zunächst das Verhalten des Blutdruckes bei Muskelanstrengungen untersucht und eine Reihe dieser Untersuchungen an mir selbst und an anderen Personen vorgenommen.

Gärtner giebt an, dass Muskelarbeit eine Herabsetzung des Blutdruckes bewirke. Ich möchte hier einige Zahlen anführen, aus denen hervorgeht, dass der Blutdruck nach Muskelarbeit herabgesetzt war und zwar schon nach geringer Thätigkeit, so nach raschem Hinauflaufen von zwei Treppen, nach Tanzen u. s. w. Der Blutdruck war am höchsten nach der Zeit der Ruhe, nämlich am Morgen nach dem Schlaf und zwar fand ich bei mir am Morgen

eine Durchschnittszahl von 130 mm Hg, bei anderen Personen von 125 mm Hg sofort nach dem Erwachen. Der Druck sank dann in wenigen Stunden auf 115—105 mm, also um 15—20 mm. Die Messungen nach Anstrengungen ergaben eine Herabsetzung von ca. 15 mm im Durchschnitt, allerdings sofort nach der Arbeitsleistung gemessen. Der Blutdruck glich sich dann je nach der Grösse der Anstrengung früher oder später wieder aus. Im Anfang der betreffenden Thätigkeit fand ich eine mässige Erhöhung des Blutdruckes, z. B. bei Messungen während fortgesetzten Tretens des Pedals einer Nähmaschine, z. B. bei einem gewöhnlichen Blutdruck (Durchschnittszahl Blutdruck von acht Tagen gleich 110 mm Hg), ein Anfangsansteigen auf 125 mm, nach der Thätigkeit ein Absinken auf 105—100 mm, dann wieder ein Ansteigen auf den gewöhnlich zu beobachtenden Druck.

Es scheint hiernach, dass der Blutdruck in der Zeit der grössten Ruhe, also nachts, ein hoher ist, resp. zunimmt, und man kann diesen Umstand vielleicht mit dem häufigen nächtlichen Eintreten von Apoplexien und Geburten in Zusammenhang bringen.

Unter diesen Gesichtspunkten habe ich Messungen bei Erregungszuständen mit Bewegungsdrang vorgenommen, z. B. bei Erregungszuständen manischer, katatonischer, paralytischer und alkoholischer Patienten, deren Blutdruck in den Zwischenzeiten mir durch mehr oder weniger lange Zeit fortgesetzte Messungen bekannt war, und bei den betreffenden Messungen eine, wenn auch häufig geringe Herabsetzung des Blutdruckes gefunden, je nach der Zeit, die nach der Erregung verflossen war. Natürlich konnten diese Messungen teils wegen der Ungewissheit des Eintrittes der Erregungszustände, teils weil viele dieser Patienten die Anstalt wieder verliessen, nur in bedeutend beschränkterem Maasse ausgeführt werden, als die vorher erwähnten bei Frauen vorgenommenen.

Auf etwas grössere Verwertbarkeit können vielleicht die bei länger andauernden Angstzuständen vorgenommenen Messungen Anspruch machen, von denen der grösste Teil an hysterischen Kranken vorgenommen wurde. Es war hier stets eine Erhöhung des Blutdruckes zu beobachten. Blässe der äusseren Schleimhäute konnte ich nicht bei allen diesen Zuständen wahrnehmen, sondern es war auch starke Rötung, wenigstens des Gesichts und der Hände, dabei zu bemerken.

Das Verhalten des Blutdruckes bei Krampfzuständen, die mit starken Zuckungen, also vermehrter Muskelanstrengung einhergingen, bei Anfällen bei Paralyse, bei Hystero-Epilepsie und bei einem Fall von Tumor cerebri war folgendes: Im Anfang des Anfalles war der Blutdruck erhöht, während er im Verlaufe des Anfalles wieder sank und bei dem einen hystero-epileptischen Anfall bis auf 50 mm Hg herunterging.

Bei Paralyse zeigte der Blutdruck naturgemäss im Anfangsstadium keine Besonderheiten, während er mit zunehmendem körperlichen Verfall abnahm.

Die Erhöhungen und Erniederungen des Blutdruckes scheinen also eine sekundäre Rolle bei dem Zustandekommen von Erregungen, resp. von Angstzuständen zu spielen. Wenn man z. B. bei Patienten mit andauernder Erregung protrahierte Bäder anwendet, so kann man sich den Einfluss des Bades unter Zuhilfenahme des Blutdrucksverhaltens während und nach dem Bade auf folgende Weise erklären: Bei Personen mit Bewegungsdrang ist der Blutdruck wenigstens in grösseren Zeitabschnitten des Erregungszustandes ein niedrigerer.

Nach Versuchen, die ich während des Verweilens von 30 Minuten in einem Bade von 33 ° C. mehreremale angestellt habe, verhielt sich der Blutdruck wie folgt: Nach 15 Minuten langem Verweilen zeigte der Blutdruck um ca. 15 mm Hg. niedrigere Werte als der sonst bei dieser Person zu beobachtende, stieg nach 30 Minuten um ca. 20 mm Hg und hielt sich auch noch ca. zwei Stunden nach dem Bade annähernd auf dieser Höhe. Man könnte sich also vorstellen, dass durch das Bad bei motorisch erregten Patienten eine Erhöhung des Blutdruckes erzielt wird, die dann einen wohlthätig beruhigenden Einfluss auf den Zustand desselben ausübten. (Autoreferat.)

Moeli frägt nach Beobachtungen des Blutdruckes bei Zuständen von Schlaflosigkeit. Man habe versucht, bestimmte Parallelismen zwischen Blutdruck und Schlaflosigkeit festzustellen, nicht von dem Gesichtspunkt aus, dass ein kausales Verhältnis dazwischen bestehe, sondern dass es sich um eine Begleiterscheinung handle. Eine objektive Darstellung dieser Beziehung wäre erwünscht.

Rosse hat diesbezügliche Beobachtungen noch nicht gemacht.

Neisser erkundigt sich, ob die Messungen immer am Finger vorgenommen wurden, was

Rosse bejaht.

192) **Geelvink**-Westend: Beitrag zur Anatomie der Dystrophia muscularis progressiva.

G. berichtet über zwei Fälle von Dystrophia musculorum progressiva bei Geisteskranken, deren klinische Erscheinungen er ebenso wie den pathologisch-anatomischen Befund des einen Falles bespricht. Er demonstriert Muskelpräparate, welche nach dem Kaiserling'schen Farbenkonservierungsverfahren hergestellt sind, sowie mikroskopische Präparate. Die letzteren ergaben Muskeldegenerationen in ausgesprochener Weise; im ganzen Centralnervensystem wurde nichts pathologisches gefunden, trotz sorgfältiger Durchmusterung von Serienschnitten durch Gehirn und Rückenmark. Die Fälle sprächen daher für eine primäre Muskelerkrankung bei der Dystrophia musculorum progressiva. Das Zusammenvorkommen dieser Affektion mit Geistesstörung könne als ein zufälliges aufgefasst werden.

Jolly frägt, ob bei Untersuchung der intramuskulären Nerven gar keine Veränderungen derselben bemerkt wurden. Er selbst habe in einzelnen Fällen die Nerven im grossen ganzen intakt gefunden, aber doch hier und da Zeichen des Zerfalls feiner Aeste mehr als zufälligen Befund gesehen.

Geelvink betont, dass die Präparate in Müller-Formol gehärtet wurden. Es waren allerdings einzelne Nervenäste zerfallen, wie weit das aber auf die Vorbehandlung zu beziehen wäre, könne er nicht sagen.

193) **Neisser**-Leubus: Ueber einen Fall von doppelseitiger motorischer Asymbolie (Apraxie).

N. bedauert, den Fall, welcher wegen der Reinheit der Erscheinungen vereinzelt dastehe, nicht selbst demonstrieren zu können, da der 55j. Patient an Herzmuskelerkrankung leide, und verliest Protokolle über denselben. Der Kranke kann alle koordinierten Bewegungen gelegentlich ausführen, kann sie aber nicht von sich aus oder auf Aufforderung zustande bringen. Die Behinderung in der Ausführung der Bewegungen ist keine absolute, aber eine vorwiegende. Er hat eine gewisse Einsicht, wenn auch keine ganz klare, in

diesen Defekt. Es handle sich um eine funktionelle Störung, welche sich folgendermassen entwickelte. Vor 20 Jahren war er schon einmal wegen eines maniakalischen Zustandes vorübergehend in der Anstalt. Schon damals schienen motorische Störungen vorhanden gewesen zu sein, sei doch wiederholt Sprachstörung, Spracherschwerung notiert. Nachher machte er noch einmal vor sechs Jahren eine depressive Krankheitsphase ohne Anstaltsbehandlung durch. Vor zwei Jahren stellte sich auffallende Reizbarkeit, Jähzorn ein. Im vorigen Jahre erkrankte er an Gelenkrheumatismus und im Anschluss daran an Herzmuskelerkrankung, bekam ein kurzes depressives Stadium, worauf ein heftiger Erregungszustand einsetzte, welcher zur Anstaltsbehandlung führte. (Okt. 1901.) Der Patient war hochgradig unruhig, verzerrte die Gesichtsmuskulatur, machte ungeregelte grimassierende Bewegungen und schlug grob mit den Extremitäten umher. Sprachlich äusserte er artikulatorisch ungeregelte Leistungen. Die Nahrungsaufnahme war unter den jaktatoiden Bewegungen erschwert. Nach Beruhigung des Kranken war bei Prüfungen deutlich erkennbar, dass er geneigt war, Aufforderungen in irgend einer Form zu entsprechen. In dieser Zeit war der Umstand am hervorstechendsten, dass er eine grosse Reihe von sprachlichen Aeusserungen nicht leisten konnte. Er konnte fast immer vorgehaltene Gegenstände bezeichnen, aber mit grosser Mühe. Dazwischen kamen Paraphasien. Das gelang aber noch besser als die eigene Wortproduktion aus spontanem Antrieb. Er hatte den Drang, sich zu äussern, kam aber über gewisse Verlegenheitsäusserungen nicht hinaus. Einzelne psychotische Bemerkungen traten auf (Wahnideen). Gleichzeitig war eine ungleichmässige Verteilung der Störung auf beiden Seiten sicher zu erkennen. An eine Abhängigkeit der Bewegungsstörung von Wahnideen war nicht zu denken. Nach wenigen Wochen eines fast vollständigen Mutacismus trat wieder eine Erregungsphase mit schwerem Zustand von Bewegungsunruhe ein. Eine interessante Erscheinung, nämlich eine ausgezeichnet entwickelte Echokinese trat hervor. Jede Bewegung wurde von ihm nachgeahmt. Diese Störung hat bei ihm in der Zeit der späteren Ruhe angehalten. Nun bot er die Symptome einer relativen transcortikalen motorischen Aphasie dar. Vorgehaltene geschriebene Aufforderungen las er mit einem Blick richtig ab und führte sie aus. Die psychotischen Aeusserungen treten so zurück hinter den beschriebenen Störungen, dass sie fast ganz vernachlässigt werden können. Der Patient hat intensives Krankheitsgefühl. Der asymbolische Symptomenkomplex blieb im wesentlichen unverändert bestehen. N. hebt nun die Unterschiede seines Falles von dem Liepmann'schen hervor. Abgesehen von der Doppelseitigkeit seines Falles habe jener zunächst den Eindruck eines motorisch Aphasischen mit tiefer Demenz gemacht, während sein Patient den Eindruck eines durchaus intelligenten Menschen machte. Jener konnte kein Wort nachsprechen, ausser zuweilen a, zeigte Agraphie, konnte nicht nachzeichnen, und wies noch eine Reihe konstant erhaltener Bewegungen auf, was bei seinem nicht der Fall wäre u. a. Schliesslich geht N. auf die theoretische Erörterung des Falles kurz ein. Die Versuche bei dem Patienten eine Reihe von Associationsvorstellungen auszulösen, führten zu dem interessanten Ergebnis, dass, wenn man ihm seine Hände, Füsse und Kopf festhielt, diese Versuche eine frappante Besserung gegenüber denjenigen erkennen liessen, wenn man den Bewegungsantrieben keine äussere Hemmung entgegensetzte. Der Patient habe also im Laufe einer Psychose eine Be-

wegungsstörung vorwiegend in dem Sinne erfahren, dass alle spontanen Leistungen ausserordentlich gestört sind bis fast zur Unmöglichkeit der Ausführung, dagegen wäre die Fähigkeit des Nachsprechens in einer nahezu tadellosen Weise erhalten. Ausserdem bestehe Echolalie und Echokinese. Ausserdem sind motorische Reizerscheinungen vorhanden, welche ursprünglich in einem sehr hohen Grade hervortraten, sich zeitweilig ermässigten, so dass es schwer zu sagen wäre, ob das der Ausdruck des Versuches wäre, eine bestimmte Leistung zu Wege zu bringen, oder ob es ein selbständiges Reizsymptom wäre. Nach dem ganzen Verlauf werde man es als letzteres auffassen müssen. Liepmann gehe auf das Phänomen nicht ein, dass die gesunde Seite zunächst nicht gebraucht wurde und habe übersehen, dass man von dem Begriff einer transkortikalen Aphasie das Erhaltensein des Nachsprechens verlange. Was das Wort transkortikal betreffe, so müsse jedes einzige Centrum, jeder einzige Komplex von Apparaten transkortikal für jeden anderen sein, so dass man immer nur von relativem Transkortikal sprechen könne. Das erhaltene Nachsprechen würde nur beweisen, dass eine Schädigung resp. Aufhebung der Verbindung zwischen Akustikus und motorischem Sprachzentrum nicht gegeben ist. Der besprochene Fall könne nicht anatomisch fundiert sein, da alles erhalten sei. Worin der Gegensatz zwischen der Unfähigkeit des spontanen und der erhaltenen Fähigkeit des Nachsprechens beruhe, darüber könne man sich eine bestimmte theoretische Vorstellung nicht bilden. Der Fall wird demnächst in extenso publiziert werden.

Moeli hat vor etwa vier Wochen bei einer Zusammenkunft der Anstaltsärzte in Lichtenberg einen Fall vorgestellt, welcher in mannigfacher Hinsicht interessiere und dem besprochenen ähnlich war. Auch hierbei handelte es sich um eine unrichtige Ausführung aller Aufträge, namentlich auch um eine Veränderung im Nachsprechen, so dass es durch das Einschieben von Silben und überflüssigen Worten zu einer ganz unrichtigen Aeusserung kam. Auch hier war das Verständnis der Frage und des Auftrages keinem Fehler unterworfen. Auch hier geschah im wesentlichen die Ausführung fremder Willensimpulse in ungeordneter Weise, durch Abfluss in andere Bahnen, die in der Gesamtmuskelleistung ein Mehr vorstellten als die richtige Bewegung. Diese Zustände kämen in allen Abstufungen vor, wie z. B. bei Abasie und Astasie. Die Art der dabei ausgeführten Bewegungen habe einen Mangel an Koordination als hauptsächliches Kennzeichen. So gehe es auch mit dem Sprechen. Manche machten, wenn sie sich nur im Bett aufsetzen wollten, unnütze Bewegungen bloss durch Ueberfliessen derartiger Bewegungen anstatt der sonst auf Grund einer Bewegungsvorstellung zustande kommenden Ausfälle bei hysterischer Lähmung. Angedeutet fänden sich solche Zustände häufig, nicht aber in so erheblichem Grade, wie bei dem vom Vortragenden besprochenen Fall. M. stellt in Aussicht, später Kranke derart vorzustellen.

Neisser hält es für zweifellos, dass das grosse Gebiet derjenigen Psychosen, welche Wernicke Motilitätspsychosen nennt, Andeutungen dieser Erscheinungen sehr häufig trage. Was seinen Fall aus der grossen Masse heraushebt, ohne ihn wesentlich zu scheiden, wäre die ausserordentliche Intelligenz des Patienten, die Freiheit der Störung auf sensorischem Gebiet, andererseits das höchst seltsame Verhalten zwischen den nachahmenden und den spontanen Bewegungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 10. März 1902.

Von Dr. **Max Edel**-Charlottenburg.

Von Herrn Schlesinger in Wien ist der Bibliothek der Gesellschaft die neue Auflage seiner Syringomyelie zum Geschenk gemacht. Herr von Leyden wird anlässlich seines 70. Geburtstages zum Ehrenpräsidenten des Vereins ernannt. Herrn von Krafft-Ebing in Wien wird zu seinem 30jährigen Professorenjubiläum ein Glückwunschtelegramm übersandt. Zum internationalen Kongress in Madrid sind Einladungen eingegangen.

Vor der Tagesordnung.

194) **Schuster** (Autoreferat): Meine Herren, gestatten Sie, dass ich Ihnen in Kürze einen 59jährigen Patienten vorstelle, dessen Hauptkrankheitssymptom in einem tonischen und dann klonischen Krampf des ganzen rechten Facialis besteht. Ausser den sämtlichen Gesichtsmuskeln ist auch das Platysma und die Masseteren sowie die Zungenmuskulatur rechts beteiligt. Der Krampf tritt jetzt — ohne erkennbare Ursache — ungefähr alle Stunde auf und dauert 1—2 Minuten. Das Bewusstsein ist völlig erhalten, desgl. die Pupillenreaktion. Eine deutliche Aura besteht nicht, wenn Patient auch das Gefühl hat, dass der Krampf „von unten, von der Magengrube, emporsteigt". Nachher keine Benommenheit. Ausser diesen Krämpfen bestehen auch einige sehr unbedeutende Lähmungserscheinungen im Bereich der Hirnnerven: eine ganz schwache Parese des rechtsseitigen Facialis und Hypoglossus, ein geringes Weitersein der rechten Pupille. Keine elektrische Veränderung im Facialis, keine Beteiligung des sensiblen Quintus oder des Akustikus. Die Sprache ist stark nasal, das Schlucken ungestört. Sonstiger Befund von Seiten des Nervensystems negativ, insbesondere keine Stauungspapille, kein Erbrechen oder sonstige Allgemeinerscheinungen. Wenig Eiweiss im Urin. Der geschilderte Befund gewinnt noch an Interesse dadurch, dass derselbe schon vor zwei Jahren aufgetreten ist, aber seitdem nicht stationär gewesen ist. Als der Krampf vor zwei Jahren zuerst kam, war er von Zungenbiss begleitet, sonst aber genau wie jetzt. (Angabe der Frau des Pat.) Damals verschwand der Krampf wieder und tauchte in der Folgezeit nur alle halbe Jahre ungefähr einmal auf. Sylvester 1898/99 trat eine neue Serie von Anfällen auf, welche heftiger war als die früheren und länger anhielt. Der Pat. suchte im April 1899 die Prof. Mendel'sche Klinik auf, wo ich den Pat. einen Monat beobachtete. Der Hauptunterschied des damaligen Befundes dem jetzigen gegenüber bestand darin, dass die Lähmung des Facialis der Zunge und der Gaumenmuskulatur eine ausserordentlich hochgradige war; der Pat. konnte weder artikulieren noch schlucken. Bemerkenswert ist, dass in dem gelähmten Facialis deutliche ausgiebige Bewegungen beim Affektlachen gesehen wurden. Die Krampfanfälle waren die gleichen wie heute und kamen noch viel häufiger. (Demonstration des Photogramms.)

Auch damals war Eiweiss im Urin. Letzteres verschwand in dem weiteren Verlauf in demselben Grade als die Krämpfe sich verloren. Der Kranke war dann drei Jahre ganz gesund ohne jeden Krampf und ohne Parese bis vor ca. acht Tagen. Seit dieser Zeit jetziger Befund.

Meine Herren! Ich glaube, man kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit trotz des Zungenbisses und trotz der langen Dauer des Leidens wegen der erhaltenen Pupillenreaktion, wegen der stets freien Psyche und wegen des negativen Erfolgs einer Brombehandlung eine abortive Form der genuinen Epilepsie ausschliessen, wenn auch bei letzterer Zustände nachfolgender passagerer Lähmung beschrieben worden sind.

Bin ich so geneigt, einen organischen Prozess anzunehmen, so möchte ich diesen wegen der eigenartigen Konstellation der befallenen Muskeln nicht in den Pons verlegen, trotzdem der Pat. in dem Stadium der Lähmungen durchaus den Eindruck eines Ponskranken macht. Die Häufigkeit der Anfälle, das Befallensein des ganzen Facialis, des Platysma, der Kaumuskeln, der Zunge spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für einen Sitz der Affektion im unteren Teile der vorderen und hinteren Centralwindung. Hier sind die sämtlichen in Betracht kommenden Muskeln auf einem kleinen Territorium beieinander gelagert. Vielleicht handelt es sich um irgend einen alten kleinen oberflächlichen pialen oder kortikalen Entzündungsherd, in welchen hinein (unter dem Einfluss der Nephritis?) gelegentlich kleine Hämorrhagien erfolgen.

Oppenheim stimmt in Bezug auf die Lokalisation ganz mit der Anschauung von Herrn Schuster überein. Vielleicht wäre es gut hervorzuheben, wie ungewöhnlich selten bei einseitigen Hirnherden derartige ausgesprochene bulbäre Symptome sind. Indessen sind einzelne derartige gut beobachtete Fälle beschrieben worden. Bezüglich der Deutung der Natur des Leidens giebt er anheim, sich mit der Diagnose Tumor nicht so schnell abzufinden. Denn es giebt Tumoren, welche keine oder sehr geringfügige allgemeine Symptome machen und Tumoren, die stabil werden, selbst der regressiven Metamorphose zugänglich sind. Besonders sind bei Cysten derartige Krankheitsbilder beobachtet, oder bei Cysticerken oder andern Erscheinungen. Ebenso sei das zeitweilige Auftreten von Hirnherdsymptomen, die wieder zurücktreten, ohne allgemeine schwere Erscheinungen zu machen, bei Aneurysma beobachtet worden, und da der Patient an Nephritis leide, wäre diese Annahme zu berücksichtigen. Mit der Annahme eines derartigen, einer Neubildung sehr nahe stehenden Prozesses, müsse man rechnen.

Schuster (Autoreferat): An ein Aneurysma und Cysticercus haben wir auch schon vor drei Jahren gedacht. Es liessen sich aber keine besonderen Anhaltspunkte für einen Zusammenhang der Krämpfe mit Cirkulationsveränderungen (Lagewechsel u. dergl.) finden. Für einen Cysticercus fehle ein anamnestischer Anhalt. Ich möchte Herrn Oppenheim darin beistimmen, dass man einen Tumor kleiner Natur nicht ausschliessen kann, neige aber doch bei dem Fehlen jeder sensiblen Reizerscheinung in den Nachbargebieten mehr zur Annahme einer nicht tumorartigen Affektion.

195) **Jolly:** Ueber traumatische Erkrankungen des Rückenmarks. (Demonstration.)

J. berichtet über drei Fälle von Rückenmarkserkrankung infolge von Wirbelverletzung, von denen jeder gewisse Besonderheiten darbietet, schon dadurch, dass sie alle drei verschiedene Höhen der Wirbelsäule betroffen haben. Zwei Fälle werden in gebessertem Zustande vorgestellt, von dem dritten, vor längerer Zeit zur Obduktion gekommenen, mikroskopische Präparate mittelst des Projektionsapparates demonstriert.

Der erste Patient bietet das Bild der spastischen Parese der unteren Extremitäten dar. Er kann nur geführt sich vorwärts bewegen. Vor $^3/_4$ Jahren verunglückte er, indem er von einem hinter ihm herkommenden Wagen umgestossen wurde, wobei ihn dann das Pferd in den Nacken traf. Er verlor das Bewusstsein nicht, war aber sofort unfähig zu gehen und kam in die chirurgische Klinik. Dort zeigte sich vollständige, damals noch nicht spastische Lähmung der unteren Extremitäten. Ferner zeigte sich ein starker Gibbus im Nacken, der erst für den hervorstehenden siebenten Halswirbel gehalten wurde; bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass die Hervorragung vom ersten und zweiten Brustwirbel gebildet wurde. Der Patient wurde anfangs mit der Glisson'schen Schwebe behandelt und nach zwei Monaten in die Nervenklinik verlegt, nachdem die lokalen Reizerscheinungen verschwunden waren. Von den zuerst beobachteten Symptomen war zu bemerken: Vollständige schlaffe Lähmung der Beine, die Patellarreflexe konnten nicht ausgelöst werden, während Hautreflexe in geringem Maasse zu erregen waren. Nach zwei Monaten waren die Patellarreflexe auslösbar, etwas erhöht, weiterhin hat er sich mehr und mehr erhöht mit der Entwicklung des spastischen Zustandes. Von einem Bein aus kann man das ganze Becken in charakteristischer Weise bewegen, überall sind sehr starke Widerstände zu überwinden. Aktiv kann er Bewegungen ausführen, rechts besser als links, soweit nicht Krampfzustände die Bewegungen hindern. Am besten ist er morgens beim Erwachen imstande, Bewegungen zu machen, während dies im Laufe des Tages ungünstiger wird. Es besteht Fussklonus und beiderseits Babinski'scher Fusssohlenreflex. Starke Hautreflexe sind vorhanden, die häufig auch zur Expression des Urins führen. Was die Sensibilität betrifft, so ist noch jetzt ein Phänomen nachweisbar, welches von Anfang an bestanden hat, eine sehr starke Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung beiderseits bis in die Gegend der dritten Rippe. Der Rumpf ist ebenso steif wie die unteren Extremitäten. Er kann sich nicht allein aufrichten. Wenn man ihm aufgeholfen hat, kann er sich in der aufrechten Lage erhalten. An den oberen Extremitäten ist nichts auffallendes. Motilität und Sensibilität ist daselbst intakt. An den Augen fällt zuweilen auf, dass die rechte Lidspalte etwas enger ist als die linke, aber ohne Verengerung der Pupille. Diese Differenz der Lidspalten könne anch eine zufällige sein. Ueber die Lokalisation dieser Affektion bemerkt J. noch folgendes. Es sei auffallend, wenn der Gibbus unmittelbar an der unteren Halswirbelsäule sitze, dass die oberen Extremitäten vollkommen intakt erhalten sind, so dass das erste Dorsalsegment nicht wesentlich affiziert sein könne und die Quetschung des Rückenmarks erst in das zweite Dorsalsegment zu verlegen sei. Damit stimme überein, dass der zweite Brustwirbel aus der Lage gekommen ist, wobei es sich wohl um eine Fraktur gehandelt habe. Das Rückenmark könne nur im vordern Abschnitt durch die Quetschung gelitten haben, vor allem die Pyramidenbahnen, deren Schädigung in Form der spastischen Parese in die Erscheinung trete. Die Verminderung der Schmerz- und Tastempfindungen werde in die Region der Seitenstränge zu verlegen sein. Das Trauma dürfte wahrscheinlich durch eine Blutung dieses vordere Areal des Rückenmarks getroffen haben, während die hinteren Partieen freigeblieben sind. Die Erscheinungen haben sich sehr langsam gebessert. Der Kranke kann jetzt bei Unterstützung stehen, sich etwas fortbewegen, aber sehr erheblich waren die Fortschritte nicht. Immerhin wäre

noch einige Besserung möglich; namentlich wenn Blutungen im Dorsalmark vorlagen, sei die Möglichkeit einer weiteren Rückbildung vorhanden. Aber es wäre unwahrscheinlich, dass es zu einer vollständigen Wiederherstellung komme.

Der zweite Fall zeigt im Gegensatz zu dieser spastischen Lähmung eine ganz schlaffe Lähmung und eine Affektion der untersten Partie der Wirbelsäule. Vor etwas über $1^1/_2$ Jahren ist der Patient, ein Zimmermann, von einem Gerüst heruntergestürzt. Er zeigt jetzt die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Peroneuslähmung, sogenannten Steppergang; die Fussspitzen fallen beim Gehen herunter, während er in der ersten Zeit nach der Verletzung komplette Lähmung beider Beine inkl. Oberschenkel dargeboten hat. Er fiel aus der Höhe von 6—7 Metern herunter auf die Füsse, knickte sofort ein, stürzte auf das Gesäss und Kreuz, suchte sich mit der linken Hand zu stützen, brach dabei den linken Vorderarm, woraus die Gewalt des Falles zu entnehmen ist, behielt das Bewusstsein, war aber vom ersten Augenblick an unfähig, die Beine zu bewegen. Juli 1900 wurde er in die chirurgische Klinik aufgenommen, wo eine vollständige schlaffe Lähmung der beiden unteren Extremitäten konstatiert wurde. Dabei bestand leichte Anästhesie, während die Schmerzempfindung erhalten war. Zwei, drei Tage nach seiner Aufnahme stellte sich ein Delirium tremens ein, weswegen der Pat. in die Nervenklinik verlegt wurde. Das Delirium verlief in milder Form, remittierte schon nach zwei Tagen. In dieser Zeit wurde durch Herrn Henneberg die Lumbalpunktion vorgenommen, wobei 5 Cbcm blutiger Flüssigkeit mit degenerierten Blutkörperchen erhalten wurden. Es war also klar, dass es sich um eine Blutung in den Spinalraum hinein gehandelt hat. Unmittelbar danach traten einige willkürliche Bewegungen in den Zehen und Oberschenkeln auf, die aber wieder verschwanden, als eine zweite Attaque von Delirium tremens mit Pneumonie einsetzte, welche 14 Tage dauerte. Nach dessen Ablauf war vollständig schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten mit Erhaltensein der Sensibilität vorhanden. Weiterhin war Inkontinenz des Urins und Stuhls aufgetreten, die aber bald nach Ablauf des Deliriums mehr und mehr nachliess. Es war eine ziemlich starke Cystitis hinzugekommen, welche längere Zeit zu schaffen machte. Allmählich ging auch diese zurück. Nach drei Monaten begannen die ersten spontanen Bewegungen, erst an den oberen Abschnitten der Beine, Rotation, Flexion, allmählich kehrten die Bewegungen der Oberschenkel ziemlich weitgehend zurück. Die elektrische Erregbarkeit war verändert, die faradische Reaktion nicht auslösbar, galvanisch zeigten sich mit hohen Stromstärken später Zeichen träger Zuckung, also exquisite Entartungsreaktion in sämtlichen Muskeln beider unteren Extremitäten, in höherem Maasse in den unteren als in den oberen Abschnitten. Das linke Bein kann er nicht vollkommen grade strecken. Die Patellarreflexe sind noch nicht wiedergekehrt. Es besteht starke Schlaffheit der Beine. Die Unterschenkel sind noch jetzt sehr wenig funktionsfähig, er kann minimale Zehenbewegungen ausführen. Das linke Bein ist stärker affiziert wie das rechte. In der Zeit nach dem zweiten Deliriumsanfall hatte sich eine ausserordentlich starke Druckempfindlichkeit der Muskel- und Nervenstämme eingestellt, die jetzt wieder zurückgegangen ist, wie wir sie bei der Polyneuritis alcoholica zu finden gewohnt sind. In der Gegend der Lendenwirbelsäule besteht ein ganz schwacher Gibbus. Der zweite und dritte Lendenwirbel treten etwas hervor. Eine Schmerzhaftigkeit derselben ist jetzt nicht mehr vorhanden, während sie in der ersten Zeit deutlich zu be-

merken war. Die Inkontinenz ist verschwunden. Die oberen Extremitäten sind vollständig frei, ebenso das Sensorium. Hier handelt es sich nach der ganzen Symptomatologie und dem Verlauf des Falles um eine Affektion, welche nicht das Rückenmark selbst, sondern die Cauda equina betroffen hat. In der Höhe des zweiten und dritten Lendenwirbels ist kein Rückenmark mehr vorhanden. Dabei kann höchstens noch der Conus terminalis betroffen sein. Einen starken Bluterguss in den Spinalsack habe man durch die Lumbalpunktion konstatiert. Durch die Verschiebung der Wirbel könne eine Quetschung der Caudina equina sich gebildet haben. Was die Rückbildung betrifft, so wäre von Interesse, dass dieselbe am wenigsten an den unteren Abschnitten zu erkennen war, welche von den äusseren Wurzeln der Cauda equina versorgt werden. Es sei wohl anzunehmen, dass die Alkoholintoxikation etwas mitgewirkt hat, um die Disposition zu der neuritischen Erkrankung zu erhöhen und dass die durch das Trauma lädierten Nerven schon durch den Alkohol verändert waren. Aber es sei kein Zweifel, dass das Trauma die Wirbelverschiebung und die Lähmung zustande gebracht hat und dass man es jetzt mit einer fortschreitenden Regeneration zu thun habe. Es könne schliesslich zur relativen Heilung in diesem Fall kommen.

Der dritte Fall, der 1898 auch von der chirurgischen Klinik der Nervenklinik überwiesen war, nachdem er sich dort drei Monate befunden hatte, betrifft einen Maurer, welcher bei einem Bau beschäftigt, Wasser zu tragen, aus der Höhe von zwei Etagen auf den Rücken fiel, dabei das Bewusstsein verlor, und als er wieder zu sich kam, eine komplette Lähmung beider unteren Extremitäten zeigte. Bei ihm war es der mittlere Abschnitt, die Gegend des fünften bis achten Dorsalwirbels, innerhalb deren das Trauma eingewirkt hatte. Es war weitaus der schwerste Fall von den dreien. Es hat sich bei ihm um eine vollständige Unterbrechung, sowohl der motorischen, wie sensiblen Leitung gehandelt. Er war komplett schlaff gelähmt an den Beinen, es fehlten die Patellarreflexe. Daneben war vollständige Blasen- und Mastdarmlähmung vorhanden, Aufhebung der Sensibilität für Druck, Berührung, Schmerz, Temperatur bis zur sechsten Rippe herauf. Ferner bestanden Symptome des Priapismus während des ganzen Krankheitsverlaufes. Als er nach drei Monaten in die Nervenklinik gebracht wurde, da die örtlichen Reizerscheinungen an der Wirbelsäule nicht mehr vorhanden waren, war kein eigentlicher Gibbus, keine sichere Dislokation der Wirbel zu bemerken. Die Lähmung war noch eine schlaffe, die Patellarreflexe waren aber wiedergekehrt. Es bestand kein Fussklonus, Babinskisches Phänomen war auf einer Seite vorhanden, auf der anderen nicht. Der Kranke blieb zwei Jahre bis zum Tode in der Klinik. Im wesentlichen war das gleiche Bild vorhanden. Die Sensibilitätsgrenzen verschoben sich etwas auf und ab. In der letzten Krankheitsepoche war die Sensibilität bis zum Rippenrand, bisweilen bis zum Nabel absolut aufgehoben, dann folgte eine Grenze verminderter Sensibilität. Allochirie, d. h. Verwechslung der rechts und links vorgenommenen Reize wurde bemerkt. Blasenmastdarmlähmung bestand, regelmässige Katheterisierungen und Darmausspülungen wurden notwendig. Cystitis und Pyelitis stellten sich ein. Unter urämischen Erscheinungen ging er zu Grunde. Bis zum Tode war der Patellarreflex beiderseits vorhanden. Bei der Sektion fand sich keine Wirbelverschiebung oder -veränderung. Das einzige war, dass die Scheibe zwischen dem sechsten und siebenten Brustwirbel

auffallend dünn und vollständig fibrös verändert war. Aber die Knochen zeigten keine Aenderung, auch nicht an der Innenfläche des Wirbelkanals. Dagegen war das Rückenmark in der dem sechsten und siebenten Dorsalwirbel entsprechenden Höhe vollständig mit der Dura verwachsen zu einem fibrösen Strang. Von diesen Partien werden nunmehr eine Photographie und eine Reihe von Querschnitten mittelst des Projektionsapparates vorgeführt. Innerhalb der kolossal verdickten Dura waren Reste des gequetschten Rückenmarkes erkenntlich, aber in diesen nirgends etwas von Nervenfasern zu bemerken. Die Burdach-schen Stränge waren nach oben hin, die Pyramidenbahn nach unten hin sekundär degeneriert, die Lendengegend, in der die Patellarreflexe zustande kommen, gut erhalten. Zweifellos müsse die Verletzung des Rückenmarks in die Höhe des sechsten bis siebenten Brustwirbelkörpers, also in das siebente bis neunte Dorsalsegment verlegt werden. Zweierlei sei bemerkenswert. Erstens, dass diese kolossale Zerstörung des Rückenmarks ohne eigentliche Wirbelveränderung zustande kam. Dies sei nur so zu deuten, dass, wie wiederholt beschrieben und festgestellt worden sei, im Momente der Verletzung eine Verschiebung des sechsten und siebenten Brustwirbels eingetreten sei, durch welche das Rückenmark durchquetscht wurde, dann aber wieder eine spontane Reposition der Wirbelkörper zustande kam. Die Veränderung an der Bandscheibe wäre ein Residuum der momentanen Distorsion. Der zweite Punkt betrifft das Erhaltensein der Patellarreflexe. Viel wäre über die Bastian'sche Theorie geschrieben, dass bei vollständiger Durchtrennung des Rückenmarks, wenn die Verbindung des Cerebellum mit den unteren Partien des Rückenmarks mit zerstört sei, ein Verlust der Patellarreflexe der Fall sein müsse. In den letzten Jahren sei von Kausch in Breslau ein absolut beweisender Fall gegen diese Theorie publiziert worden, wo bei einer Operation wegen einer Wirbelaffektion das vorher erweichte Rückenmark vollständig auseinanderriss. Der Patient wurde am Leben erhalten und nachträglich haben sich die Patellarreflexe nach wie vor gezeigt. Ein solcher Fall beweise mit absoluter Sicherheit, dass die Bastian'sche Theorie nicht zutreffe. J. glaubt, dass auch sein letzter Fall in dieser Hinsicht von Wert sei. Sofern nur die unteren Abschnitte des Rückenmarks in normaler Weise erhalten wären, beständen die Patellarreflexe fort oder kehrten nachher wieder, wenn sie anfangs fort waren. Damit wäre eine Analogie zwischen Tierexperiment und Erfahrung beim Menschen hergestellt. J. äussert seine Befriedigung darüber, dass in dieser Hinsicht hier nicht so krasse Unterschiede zu Tage träten. Für die auffallend häufigen Fälle, wo die Patellarreflexe nach Durchtrennung des Rückenmarks verschwänden, müssten also die besonderen Ursachen aufgefunden werden, während im allgemeinen auf das Fortdauern der Patellarreflexe zu rechnen wäre.

196) **Henneberg** (Autoreferat): Ueber Lues spinalis.

Fall 1: Meningitis und Neuritis gummosa, sekundäre Hinterstrangsdegeneration.

Der 37jährige Patient, aufgenommen in die Charité Juli 1896, stellte syphilitische Infektion in Abrede. Das Leiden begann nach einem schweren, durch Sturz herbeigeführten Kopftrauma vier Monate vor der Aufnahme mit Kopfschmerz.

Befund bei der Aufnahme: Sehr mangelhafte Reaktion der Pupillen, Neu-

ritis optica, Parese des rechten N. abducens, Herabsetzung der Hörfähigkeit links, unsicherer Gang, Steigerung der Patellarreflexe, keine Störung der Sensibilität, Demenz.

Krankheitsverlauf: In den ersten Monaten des Anstaltsaufenthaltes häufiges Erbrechen. Ende 1896 völlige Blindheit und Taubheit, starke Unsicherheit des Ganges, Ungleichheit der Patellarreflexe, epileptiforme Anfälle. Seit Mitte 1897 Kontrakturen in Armen und Beinen, Nackensteifigkeit, Schwinden der Patellarreflexe, hochgradige Verblödung, Marasmus. Tod Juli 1899. Sektionsbefund: Schwielige basale Meningitis, Hydrocephalus, Ependymitis gran. Mässige Verdickung der Dura und Pia spinalis. Hochgradige gummöse Infiltration der Arachnoidea und der hinteren Dorsalwurzeln. Dieselben erscheinen makroskopisch enorm verdickt. Arteriitis syph., Endarteriitis oblit. Leichte Degeneration der Randbezirke des Rückenmarkes. Im Hinterstrang Degeneration einzelner den Lumbalwurzeln angehörender Wurzelfelder, totale Degeneration der intramedullären Fortsetzungen sämtlicher Dorsalwurzeln und des achten Cervicalwurzelpaares. Von der siebenten Cervicalwurzel an keine Degeneration der hinteren Wurzeln und ihrer Fortsetzungen. Das ventrale Feld ist durchweg erhalten, der Goll'sche Strang mässig degeneriert. Das hintere äussere Feld (hintere mediale Wurzelzone) im unteren Cervicalmark relativ erhalten.

Vortragender führt aus, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um eine den übrigen Veränderungen koordinierte genuine Tabes handeln kann. Die Hinterstrangsveränderung ist bedingt durch die intramedulläre aufsteigende Degeneration der durch die gummöse Infiltration zerstörten extramedullären hinteren Wurzeln. An dem Aufbau des hinteren äusseren Feldes im unteren Cervicalmark beteiligen sich, wie sich aus dem Fall ergiebt, aus dem Dorsalmark aufsteigende Fasern nicht wesentlich.

Fall II: Meningomyelitis des Cervicalmarkes. Initiale genuine Tabes.

Patientin, eine 32jährige Frau, aufgenommen in die Charité am 7. Oktbr. 1898, war früher niemals schwer krank. Vor sieben Jahren Heirat; von ihrem Manne damals syphilitisch infiziert. Litt an Hautgeschwüren, die nach einer Schmierkur schwanden. Seit vier Jahren Reissen in den Beinen, seit einem Jahre Kribbeln und Gefühl von Taubheit in den Händen und Nackenschmerzen, dann allmählich zunehmende Parese der Arme und Beine, zuletzt öfteres Erbrechen. Keine antisyphilitische Behandlung.

Befund bei der Aufnahme: Pupillen ungleich, verzogen. Reaktion auf Belichtung rechts aufgehoben, links gering. Augenhintergrund normal. Funktion der Hirnnerven intakt. Bewegungen der Wirbelsäule und Druck auf die Halswirbel schmerzhaft. Hochgradige Parese der Arme und Beine. Keine Atrophieen und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Reflexe an den Armen und an den Beinen erhalten, nicht gesteigert; kein Fussklonus. Leichte Herabsetzung der Sensibilität an den Armen und am Thorax. Plötzlicher Exitus am siebenten Tage nach der Aufnahme.

Sektionsbefund: Leptomeningitis chronica fibrosa an der Konvexität und Basis. Meningomyelitis des oberen und mittleren Halsmarkes. Keine schweren Gefässveränderungen. Im oberen Dorsalmark intramedulläre Degeneration einer hinteren Wurzel. Im Lumbalmark leichte Degeneration der mittleren Wurzelzone.

Vortragender bespricht die Beziehung zwischen Lues, Meningitis und Hinterstrangsdegeneration. In dem vorliegenden Falle besteht neben der Meningitis eine beginnende genuine Tabes. Beide Affektionen sind koordiniert und als metasyphilitisch aufzufassen.

III. Bibliographie.

LXXXIII) **Bourneville**: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1900. (Paris, Felix Alcan 1901). CVII und 236 S.

Der Jahresbericht der grossen Idiotenanstalt Bicêtre für das Jahr 1900, welchen Bourneville im vorliegenden Buche erstattet, zerfällt, wie auch bei den früheren Jahrgängen, in zwei Teile. Im ersten, 107 Seiten starken Teil, schildert B. die äusseren Vorgänge und Ereignisse in der ihm unterstellten Anstalt, während der zweite Teil wissenschaftliche Abhandlungen enthält.

Der Rechenschaftsbericht umfasst eine genaue Statistik der Idiotenanstalt. Die Erfolge der Behandlung („traitement médico-pédagogique") werden durch zahlreiche Krankheitsgeschichten und ausführliche Tabellen erläutert. Die angewandten Heilmittel sind die gewöhnlichen: Soolbäder, Leberthran u. s. w. Die Erziehung der Kinder erfolgt nach dem auch in Deutschland üblichen Verfahren, man sucht systematisch die Sinne derselben zu wecken und lehrt sie alle die kleinen Verrichtungen des Lebens, welche sich das normale Kind unbewusst aneignet. Das Bicêtrehospital beherbergt neben Idioten auch schwachbegabte und verbrecherische Kinder, so dass der Bericht auch von den Erfolgen des Normalunterrichts sprechen kann; vier Zöglinge erlangten sogar das certificat d'études. Der Unterricht erfolgt in allen möglichen Fächern; unter diesen fällt das von Soldaten gelehrte Fechten auf, welches wohl ebenso wie das Tanzen in keiner deutschen Idiotenanstalt Gegenstand des Unterrichts ist. Bei uns wird nur auf das Turnen als Gelegenheit, körperliche Geschicklichkeit zu erlangen, viel Wert gelegt. Den Schluss des ersten Teiles des Jahresberichtes bilden mehrere Reden und Eingaben, welche sich auf die Einrichtung von Nebenklassen und Hilfsschulen für zurückgebliebene Kinder beziehen. Bourneville beschreibt die Massnahmen in Italien und Holland, wo der Unterricht der geistig minderwertigen Kinder ähnlich wie in Deutschland geregelt ist. In einer weiteren Eingabe schildert B. die Einrichtungen, welche in Berlin für die schwachbefähigten getroffen sind (Schulärzte, Nebenklassen), und fordert gleiche Massnahmen für Paris. Endlich giebt Bourneville eine Uebersicht über die verschiedenen Möglichkeiten der Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig minderwertige. Da die Anstalten in Frankreich überfüllt sind — (in Deutschland nicht minder) — so empfiehlt Bourneville die Unterbringung ruhiger Idioten, deren Behandlung abgeschlossen ist, in der Familie, wie es z. B. für Zöglinge der Dalldorfer Idiotenanstalt schon seit längerer Zeit üblich ist; ein Fortschritt in dieser Behandlungsform ist, dass die Aufsicht über die in Familienpflege befindlichen Idioten in Frankreich in den Händen von Aerzten liegt, und nicht, wie bei uns, nur von Pädagogen oder anderen medizinischen Laien ausgeübt wird.

Der zweite Teil des Bourneville'schen Berichtes enthält klinische, therapeutische und pathologisch-anatomische Abhandlungen, welche zum grössten Teil schon anderweitig publiziert waren. Ausführliche Tabellen geben uns Aufschluss über die Aetiologie der Idiotie. Ausser dem wohl allgemein anerkannten Einfluss des Alkoholmissbrauchs der Eltern auf den geistigen Zustand der Nachkommenschaft hat Bourneville für den Zeitraum vom Jahre 1890 bis 1900 dargelegt, welchen Einfluss die gesundheitsschädliche Beschäftigung (besonders die Arbeit in der Metallindustrie) der Eltern auf das Hervorrufen chronischer Nervenkrankheiten der Kinder ausübt. In den von B. zur Erörterung gestellten 87 Familien sind 73 $^0/_0$ der Kinder (307 von 420) durch die gesundheitsschädliche Beschäftigung der Eltern tödlich oder mindestens schwer betroffen; auffallenderweise sind Todesfälle an Infektionskrankheiten (Kroup, Diphtherie u. s. w.), an Bronchopneumonie und Tuberkulose mit einbegriffen. Zieht man die durch diese Gruppe repräsentierte Zahl von der von Bourneville angegebenen ab, so bleibt ein Prozentsatz von 55 $^0/_0$ übrig, ungefähr die gleiche Zahl, wie man sie für den Alkoholmissbrauch der Eltern als ätiologisches Moment der Idiotie erhält. In der von B. mitgeteilten Untersuchungsreihe dürfte der Alkoholmissbrauch, welcher in den meisten Fällen vorlag, eine grosse Rolle bei der erblichen Belastung gespielt haben, nicht aber die gesundheitsschädliche Beschäftigung der Eltern.

In mehreren Arbeiten, welche histologische Themata behandeln, veröffentlicht Bourneville die pathologisch-anatomischen Hirnbefunde; neue Thatsachen werden den schon bekannten Ergebnissen der Untersuchung (Sklerose des Gehirns) nicht hinzugefügt.

Unter den therapeutischen Mitteilungen interessiert der Bericht über die Schilddrüsentherapie bei myxödematöser Idiotie. Nach Thyreoidinfütterung trat, wie schon oft beobachtet, auch hier eine hervorragende Besserung des Zustandes, ein bedeutender Fortschritt in der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes ein.

In einem Aufsatz über die Schädel der Idioten kommt Bourneville zu dem wohl allgemein anerkannten Resultat, dass die Schädelform nicht die Ursache der Gestaltung des Gehirns und der Entwicklungshemmung desselben sei; irgend eine Gesetzmässigkeit zwischen Schädel- und Hirnbildung bestehe nicht.

Die Zusammenstellung über die Persistenz der Stirnnaht ergiebt nach B. die auffallende Thatsache, dass bei normalen Kindern die Stirnnaht relativ häufiger gefunden werde als bei Idioten; doch hat B. bei geistesgesunden, welche älter als 11 Jahre waren, nie eine bleibende Stirnnaht beobachtet, während zehn Schädel erwachsener Idioten (über 25 Jahre) eine sutura frontalis aufwiesen. Beim Vergleich von Schädeln derselben Altersstufen wird man stets finden, dass bei Idioten häufiger die Stirnnaht erhalten bleibt, als bei normalen Kindern.

Die Bourneville'schen Mitteilungen, deren Hauptinhalt soeben kurz skizziert ist, sind ein interessanter Beitrag zur Naturgeschichte der geistig abnormen Kinder. Bisher fehlen in Deutschland derartige Berichte. Solange der ärztliche Dienst in den deutschen Idiotenanstalten nur nebenamtlich versehen wird, darf man auf solche Publikationen nicht rechnen. Und doch liegt es im Interesse einer geregelten Idiotenfürsorge, dass die Anstalten unter rein ärztlicher Leitung stehen; sollte erst einmal diese Forderung erreicht sein,

dann werden die Jahresberichte unserer Idiotenanstalten zeigen, dass die deutsche Idiotenfürsorge der französischen durchaus ebenbürtig ist.

Sklarek (Dalldorf).

LXXXIV) **Hugo Hoppe**: Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Halle 1902, C. Marhold, 158 Seiten.

Hoppe hat in dem vorliegenden Buche frühere Aufsätze (s. dieses Centralblatt 1894, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897 und Psychiatr. Wochenschr. 1900) zusammengefasst und ihnen seine neueren, zum Teil recht trüben Erfahrungen hinzugefügt. Ueber den wichtigsten Teil habe ich schon früher einmal in diesen Blättern (1897, S. 663) Bericht erstattet. Hoppe schildert zunächst die Einkommensverhältnisse deutscher und ausserdeutscher Irrenärzte, vergleicht dann die Ergebnisse mit den Verhältnissen bei Militärärzten, Richtern und Lehrern und macht weiterhin praktische Vorschläge für eine richtige Gehaltsnormierung (Assistenzarzt 2100—3000 M., Oberarzt 3500—6500 M., Direktor 6000—8400 M., sämtlich nebst freier Wohnung, lebenslänglicher Anstellung und Pensionsberechtigung). Mit mutiger Offenheit bespricht er dann die Uebelstände an unseren öffentlichen Anstalten, fordert eine bessere Vorbildung und Qualität der Anwärter, Anstellung eines Landespsychiaters bei den Verwaltungen, richtige Wertung wissenschaftlicher Tüchtigkeit, methodische Ausbildung der jüngeren Aerzte, Bekämpfung der Errichtung monströser Anstalten von 800 bis 1000 Kranken, Vermehrung der Aerztezahl, hinreichend langen Urlaub für die Aerzte, Teilnahme derselben an Fortbildungskursen, Stipendien für Reisen, lebhafteren geistigen Verkehr der Aerzte mit Welt und Leben u. a. m.

Hoppe, der die Mängel und Gefahren der derzeitigen Bestimmungen über die rechtliche und ökonomische Stellung der Irrenärzte am eigenen Leibe bitter zu empfinden hatte, ist gewiss wie kaum ein anderer befähigt und berufen, seine eigenen Erfahrungen im Dienste der guten Sache, die er vertritt, der Oeffentlichkeit bekannt zu geben.

Und so ist das Buch in der That ein wertvolles Dokument der Entwicklungskämpfe im modernen Irrenanstaltswesen. Jeder Irrenarzt sollte es lesen; er wird dann, wenn er nicht schon in die von Hoppe geschilderte Gleichgültigkeit und Indolenz verfallen ist, auch bereit sein, für eine würdigere Gestaltung der Stellung der staatlichen Irrenärzte zu kämpfen. Gaupp.

LXXXV) **Pick, L.**: Ueber Hyperemesis gravidarum. Klin. Vorträge N. F. Nr. 325/6 (Gynäkologie Nr. 118). Januar 1902.

Die Arbeit giebt einen guten, zum Teil auch geschichtlichen Ueberblick über Symptomatologie, Aetiologie, Diagnose, Prognose und Therapie dieser Erkrankung. Der Bezeichnung „übermässiges Erbrechen“ wird als der richtigeren der Vorzug gegeben vor dem Ausdruck „unstillbares Erbrechen“; ebenso dem Namen „Hyperemesis gravidarum“ vor dem von Guéniot gewollten „vomitus gravidarum perniciosus“. Ausführlich werden dann die Krankheitsgeschichten von 23 auf Schauta's Klinik in den Jahren 1892—1900 beobachteten einschlägigen Fällen mitgeteilt. 10 derselben waren als „leichte“, 5 als „mittelschwere“, 8 als „schwere“ Fälle zu bezeichnen. 19 Fälle wurden geheilt, nur einmal war daher künstlicher Abort therapeutisch erforderlich. Eine Frau entzog sich der Behandlung, eine andere stand noch in Behandlung. Zwei

Frauen starben aus anderweitiger Ursache, nachdem es vorher, bei der einen durch künstlichen Abort, gelungen war, das Erbrechen zu beseitigen. In der Mehrzahl der Fälle genügte die Durchführung der Allgemeintherapie und die exspektative Methode. Bezüglich der Allgemeintherapie wird Wert gelegt auf Verbringung in eine geeignete Krankenanstalt und damit Losreissung aus der bisherigen Umgebung und Versetzung in bessere Verhältnisse, sowohl hygienisch, wie hinsichtlich der Durchführung ärztlicher Verordnungen. Ferner gelangte zur Anwendung: absolute Bettruhe in Rückenlage, strenge Milchdiät, Milch kalt oder eisgekühlt in esslöffelgrossen Dosen, Eispillen. Eine suggestive Heilwirkung kommt zu der Verabreichung von Orexinum basicum in Form von Pulvern oder Klysmen, Bädern der Portio mit Lapislösung oder Aqua destillata (Simulierte Lapisbäder). Die künstliche Entleerung des Uterus hat als ultimum refugium zu gelten.

Nach Ansicht des Verf. existiert eine auf alle Fälle von Hyperemesis gravidarum anwendbare Theorie nicht. In manchen Fällen liegen ätiologisch Anomalien am Genitalapparat vor. Sicherlich giebt es auch Fälle, bei denen der Zusammenhang von Hyperemesis gravidarum und Hysterie ein zweifelloser ist (Kaltenbach). Bei den 23 Fällen d. V. sprach nichts für Hysterie der betr. Frauen. Verf. neigt daher mehr zu der Ansicht Ahlfeld's, welcher das übermässige Erbrechen als einen erhöhten Grad der durch die Schwangerschaft herbeigeführten nervösen Reizbarkeit, also als eine reflektorische Neurose auffasst. Hadra's toxische Theorie hat viel Verlockendes. Zu ihren Ungunsten spricht unter anderem die relative Seltenheit der Hyperemesis gravidarum, während die Gravidität und die dabei häufig beobachteten Obstipationen wie geschaffen sind für die Bildung und Resorption von Toxinen. In der Mehrzahl der Fälle sistiert auch das übermässige Erbrechen sofort nach künstlicher Entleerung des Uterus, während doch nicht gut angenommen werden kann, dass die Toxinwirkung im gleichen Momente aufhört. — Die Prognose des Leidens ist im Allgemeinen nicht als ungünstig zu bezeichnen.

Der Arbeit ist ein umfassendes Litteraturverzeichnis (168 Nummern) beigegeben. Wickel.

LXXXVI) **Robert Kienböck**: Die gonorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur gonorrhoischen Myositis und Arthritis. Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard Volkmann. Neue Folge Nr. 315. Leipzig 1901. 44 S.

Während die gonorrhoischen Gelenkentzündungen dem Kliniker schon lange bekannt sind und durch ihre eigenartige Lokalisation sowohl wie ihren Verlauf eine Sonderstellung unter den Arthritiden verdienen, hat man den Erkrankungen des Nervensystems, welche auf gonorrhoischer Grundlage entstehen, bisher verhältnismässig wenig Beachtung geschenkt.

Und doch sind diese nach den Ausführungen des Verf. keineswegs Seltenheiten, ja es scheint durchaus gerechtfertigt, jedesmal, wenn sich im Verein mit Gelenkentzündungen neuritische Erscheinungen einstellen, an die gonorrhoische Aetiologie zu denken, umsomehr, als diese für die Therapie massgebend ist.

Die Erscheinungsweise der Tripperneuritiden ist offenbar eine sehr mannigfaltige und besitzt an sich kaum etwas Spezifisches. Immerhin ist in den meisten der beigebrachten Krankengeschichten die Aetiologie nicht anzuzweifeln.

Nicht sicher gestellt erscheint mir die Form der generalisierten, nicht im Gefolge von Gelenkentzündungen auftretenden, gonorrhoischen Polyneuritis. Häufig treten auch myelitische oder meningomyelitische Symptome in den Vordergrund.

Verfasser unterscheidet folgende Hauptgruppen:

1. Arthritis (Polyarthritis) acuta samt Bursitis, Tendovaginitis gonorrhoica metastatica, kombiniert mit meist davon abhängigen Erkrankungen

   a) einfache Muskelatrophien,
   b) Neuritis levis, z. T. neuralgica,
   c) Neuritis gravis,
   d) Myositis;

alle diese konkomitierenden Erkrankungen treten zuweilen multipel, aber nie generalisiert auf.

2. Nicht im Gefolge von Gelenkentzündungen auftretende generalisierte Polyneuritis toxica.

3. Nach Auftreten von Arthritiden chronisch fortschreitende zuweilen schliesslich generalisierte Muskelatrofien.

4. Arthritis der Wirbelsäule mit Steifigkeit derselben und Erscheinungen der Wurzelkompression.

Es ist entschieden ein Verdienst des Verf. von grosser praktischer Bedeutung, die Aufmerksamkeit auf die neurologischen Symptome der Gonorrhoe hingewiesen zu haben. Storch (Breslau).

LXXXVII) **Th. Becker**: Einführung in die Psychiatrie. III. Auflage. Leipzig, Georg Thieme, 1902. 166 S. Preis 3 M.

Das kleine Buch, dessen zweite Auflage schon früher in diesen Blättern besprochen wurde (1899, S. 381) ist in seiner dritten Auflage umfangreicher und etwas moderner geworden. Sein wissenschaftlicher Wert ist gering. Hebephrenie, Dementia präcox, Alkoholwahnsinn, Dipsomanie, Korsakoff'sche Psychose und noch manches Andere ist gar nicht erwähnt. Trotz dieser und anderer Mängel mag es dem Anfänger zur ersten Orientierung von Nutzen sein. Hoffentlich wächst es sich nicht zu einem Lehrbuch aus; als solches würde es dann nicht zu loben sein. Gaupp.

LXXXVIII) **A. Hoche**: Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XIV. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1902. 40 S. Preis 1 M.

Eine geistvolle Abhandlung, deren klare Sprache den an sich etwas spröden Stoff auch dem philosophisch ungeschulten Mediziner mundgerecht macht. Der Inhalt der Schrift ist in einem kurzen Referat nicht wiederzugeben; es reiht sich in ihr Gedanke an Gedanke und die Beweiskraft des Ganzen liegt eben in dem logischen Aufbau. Das Ziel ist die Darlegung, dass die Erfahrungen der Psychopathologie in der Frage der Willensfreiheit mit Notwendigkeit zum Determinismus führen. Das Gesetz der Kausalität gilt nicht nur für die materielle, sondern auch für die psychische Welt. Gaupp.

LXXXIX) **Theodor Benda**: Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Sonderabdruck aus „Gesunde Jugend", II. Jahrgang, 1.—2. Heft. Leipzig, B. G. Teubner, 1902.

Populäre Darstellung des heute viel erörterten Gegenstandes. Benda schildert die Gefahren unserer Schulen für die geistige Gesundheit der Schüler, namentlich der schwach begabten. Letztere teilt er in zwei Kategorien ein: 1. die Schwachsinnigen, 2. die nur verhältnismässig, d. h. für die Anforderungen der höheren Schulen zu schwach Begabten. Benda betont vor allem die schädliche Wirkung andauernd deprimierender Eindrücke im Schulleben. Er verlangt Herabsetzung der Lehrziele, einen mehr individualisierenden Unterricht, Einführung von Neben- oder Hilfsklassen, Ausschliessung solcher Schüler, die sich für die wissenschaftliche Bildung unfähig zeigen. Gaupp.

XC) **W. Weber**: Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. III. Bd., Heft 7. Halle, C. Marhold, 1902. 54 S. Preis 1,50 M.

Ohne dem Fachmann etwas Neues zu bieten, bildet die vorliegende Abhandlung eine übersichtliche Zusammenstellung der mannigfachen Beziehungen zwischen körperlicher und geistiger Krankheit. Die Schrift zeichnet sich durch kritische Vorsicht aus. Ein (allerdings unvollständiges) Litteraturverzeichnis beschliesst die Arbeit. Gaupp.

XCI) **H. Bürker**: Der Muskel und das Gesetz von der Erhaltung der Kraft. Nach einem populär physiologischem Vortrage. 37 S. Tübingen 1902.

Mit einem begeisterten Lobliede auf die Errungenschaften der Neuen Zeit, welche wir der Abkehr von der rein spekulativen Philosophie verdanken, leitet Verf. seinen höchst durchsichtigen und interessanten Vortrag ein, der in einer jedem Gebildeten verständlichen Form in Anlehnung an die experimentellen Arbeiten Heidenhain's und Fick's darthut, dass auch die Bewegungsvorgänge in der belebten Welt, insbesondere die Muskelthätigkeit, nach dem allbeherrschenden Gesetze von der Erhaltung der Kraft ablaufen.

Wir wünschen der kleinen Schrift einen recht weiten Leserkreis, denn sie verdient ihn. Nur Eins möchten wir den Verf., der sich als Feind der „a priori-Begriffe" einführt, fragen: Ist er erst durch das Experiment, das trotz aller Verfeinerung der Technik nur ungenaue Ergebnisse liefern kann, zu der Ueberzeugung von der Gültigkeit dieses Naturgesetzes gelangt, oder schöpft er seine von mir so ganz geteilte Ueberzeugung etwa aus einer anderen Quelle, welche uns sagt: $0 + 0 = 0$, aus Nichts wird Nichts?

Storch (Breslau).

XCII) **Mathes, V. M.**: Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsärztliche Bedeutung. Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann. Neue Folge Nr. 322. Leipzig 1901. 24 S.

Verf. hat in überzeugender Weise aus der Litteratur die Fälle zusammengestellt, welche für den kausalen Zusammenhang zwischen einer Hirnblutung und einem längere Zeit, Tage bis Monate früher stattgefundenen Kopftrauma sprechen. Abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse, das diese Frage zu beanspruchen hat, kommt ihr in praktischer Beziehung, d. h. für die Gutachterthätigkeit des Arztes eine so hervorragende Bedeutung zu, dass die Lektüre jedem Arzte dringend zu empfehlen ist. Er wird darin auf alle

wichtigen Fragen in diesem heiklen Punkte eine klare Antwort finden, oder doch wenigstens auf den für die Beurteilung massgebenden Gesichtspunkt hingewiesen.

Storch (Breslau).

XCIII) **Aug. Forel:** Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie. Vierte umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1902.

Das bekannte Buch, welches nun in vierter Auflage vorliegt, bedarf keiner weiteren Empfehlung. Seit der ausführlichen Besprechung der zweiten Auflage im Jahrgang 1891 dieser Zeitschrift hat sich das Buch bedeutend erweitert, und auch die jetzige Auflage ist stark umgearbeitet. Am wenigsten verändert sind die Abschnitte über die hypnotischen Erscheinungen, die Anwendung des Hypnotismus in der Therapie und die Suggestivtherapie überhaupt. Uebersichtliche Angaben über die therapeutischen Erfolge des Verfassers bilden eine willkommene Ergänzung. Dagegen haben die theoretischen Kapitel in weitgehendem Masse andere Gestalt angenommen, die neueren Forschungen der Hirnanatomie und Pathologie wurden eingehend verwertet. Den theoretischen Ausführungen über die Suggestionswirkung liegen die psychologischen Anschauungen O. Vogt's zu Grunde.

Verschiedene Kapitel sind ganz neu, so VII: Hypnotismus und Psychotherapie, IX: ein Fall von hysterischer Amnesie und XII: der Hypnotismus in der Hochschule. Zum Teil finden wir da hochinteressante Beobachtungen, welche der Verfasser schon anderwärts mitgeteilt hat, im Zusammenhang verwertet. Im XII. Kapitel wird die mangelhafte Bildung der Aerzte in Bezug auf Psychologie und speziell Suggestionslehre scharf beleuchtet: „Das Studium der modernen Psychologie, Psychophysiologie und der Suggestionslehre, letztere mit einer kleinen Klinik oder Poliklinik verbunden, sollte in jeder medizinischen Fakultät ermöglicht werden."

Die neuen Abschnitte sind in der geistreichen, lebhaften, plastisch anschaulichen Darstellungsweise gehalten, wie die früheren und werden hier und da durch eine sprudelnde Polemik gewürzt.

Ein Sachregister fehlt diesen, wie auch den früheren Auflagen.

von Muralt.

XCIV) **R. Henneberg:** Ueber die Beziehungen zwischen Spiritismus und Geistesstörung. Zweiter, erweiterter Abdruck aus dem Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 34. Berlin 1902. Verlag von August Hirschwald.

Der Einfluss psychischer Schädlichkeiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten wird in der neueren Zeit oft unterschätzt. Henneberg zeigt an sechs Fällen, wie die intensive Beschäftigung mit den spiritistischen Problemen und Experimenten direkt den Ausbruch von Geisteskrankheit veranlassen kann. In allen Fällen handelte es sich um hallucinatorische Psychosen, in denen der Verkehr mit den Geistern eine grosse Rolle spielt. Warum der Verfasser die meisten Fälle zur Hysterie rechnet, im siebenten Falle von hysterisch gefärbtem paranoischem Zustande spricht, wird aus den Krankheitsgeschichten nicht recht klar, hysterische Elemente vor und nach der Krankheit und zweifellos hysterische Züge im Anfall sind doch nicht beschrieben. Henneberg zeigt zur besseren Klarstellung an weiteren Beispielen, dass wahnhafte Beschäftigung mit Spiritismus auch zufälliger Inhalt einer Psychose sein kann, dass andererseits Psychopathen

und Geisteskranke sich zum Spiritismus in besonderem Maasse hingezogen fühlen. Er hat aber gewiss recht, wenn er nicht aus der Neigung zum Spiritismus in jedem Falle auf Psychopathie schliessen will. Die epidemische Ueberhandnahme des groben spiritistischen Unfuges in unseren Grossstädten dürfte doch als eine späte Reaktion auf den für die breiten Volksmassen unverdaulichen und unbefriedigenden Materialismus der achtziger Jahre aufzufassen sein. Das dunkle metaphysische Bedürfnis der Ungebildeten und Halbgebildeten will befriedigt sein, und wenn ihm die eine Nahrung genommen wird, greift es nach einer anderen. Das ist eine Erscheinung, die nicht an sich krankhaft ist. Von den Fällen Henneberg's waren einige vor ihrer Beschäftigung mit dem Spiritismus durchaus nicht abnorm oder psychopathisch gewesen.

Die Schrift Henneberg's ist auch in spiritistischen Kreisen gelesen worden und dürfte da in vielen Punkten aufklärend gewirkt haben. Er setzt den Mechanismus der gebräuchlichsten spiritistischen Uebungen, des Tischrückens, des Psychographierens und des Trance-Redens auseinander. Dabei legt er etwas zu wenig Gewicht auf die Wirkung der unterbewussten und unbewussten Vorstellungen und auf die Spaltung der Persönlichkeit. Ein tieferes, psychologisches Eindringen hätte ihm vor der Annahme von bewusster Täuschung in einzelnen Fällen bewahrt. Eine solche dürfte doch äusserst selten sein. Ref. hat einer Anzahl von spiritistischen Sitzungen in Berlin beigewohnt und da dieselben Experimente beobachtet, wie der Verfasser. Die tiefen Veränderungen im Gesichtsausdruck, in Gesichtsfarbe, Stimme, Bewegungen bei den Medien während der Trance-Reden und die Konsequenz in diesen Phänomen überzeugten ihn aber davon, dass eine beabsichtigte, vollbewusste Komödie von Seiten der Medien nicht vorlag, dass vielmehr ein anderer Bewusstseinszustand, ein somnambuler Anfall eingetreten war. Nachherige Angaben der Medien vor Gericht, dass sie Trancezustände nur vorgetäuscht haben, sind bei der grossen Suggestibilität und bei der auf eine solche Entlarvung gerichteten Untersuchung nur mit Vorsicht zu verwerten, gerade wie die Angaben vieler Hypnotisierter nach dem Erwachen, sie seien nicht beeinflusst gewesen, hätten nur dem Hypnotiseur zu Gefallen gehandelt u. dgl. Auch im Fall Rothe dürfte es sich mehr um eine hysterische Pseudologia phantastica als um einfachen Betrug handeln, wenigstens soweit das Medium in Frage kommt. Im Kampfe gegen den vulgären Spiritismus ist mit einer psychologischen Analyse der Erscheinungen gewiss mehr gedient, als mit den sogenannten Entlarvungen. Die interessante Schrift Henneberg's wirkt in dieser Richtung anregend. von Muralt.

IV. Referate und Kritiken.

I. Psychiatrie.

197) **Poul Heiberg:** A quelle partie de la molécule de cocaine est due la psychose de cocaine?

(Revue neurologique 1901, p. 679—680.)

Heiberg macht in der kurzen Abhandlung darauf aufmerksam, dass das Atropindelir und der Cocainwahnsinn symptomatologisch nahe verwandte

Intoxikationspsychosen sind. Diese Aehnlichkeit veranlasst ihn anzunehmen, dass beide dem gleichen Gift ihre Entstehung verdanken. Ein solches Gift findet er in einem chemischen Radical, Tropin, das im Cocain und im Atropin enthalten ist. Gaupp.

198) **Ernst Meyer:** Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahnes.

(Arch. f. Psych., Bd. XXXIV, 1.)

Meyer steht auf dem Standpunkt Schönfeld's in der Definition des induzierten Irreseins.

Beim ersten Paar seiner Fälle handelt es sich um einen typischen Paranoiker mit Querulantenwahn, dessen Frau, von Hause aus streitsüchtig und durch Lues cerebri für psychische Infektion disponiert, nach kurzer Ablehnung den Wahn ihres Mannes zu dem ihrigen macht und im Kampfe ums Recht die Leitung übernimmt. Im Anschluss an diese Fälle giebt Meyer eine ausführliche Begründung des Begriffes und der Diagnose „Querulantenwahn".

Bei dem zweiten Paare besteht ein ausgebreitetes System von Verfolgungs- und Grössen-Ideen, die in ihrem wesentlichen Inhalt durchaus identisch sind. Das Hervortreten der bestehenden Psychose nach aussen schliesst sich an den Verlust des Besitztumes an; die Eheleute waren aber schon vor der Erkrankung religiös überspannt gewesen und weiterhin traten religiöse Wahnideen auf. Meyer lässt die Diagnose des Querulantenwahnes offen. Bei diesem Paare hat die Frau wohl immer die führende Rolle gehabt, das Irresein des Mannes ist induziert. Im Anschluss daran bespricht Meyer die Stellung der Behörden und des Publikums zu querulierenden Kranken und die Frage der Versorgung derselben, die er als „pflegebedürftig" und „für die öffentliche Sittlichkeit anstössig", wenn auch in übertragenem Sinne, in Anstalten versorgt wissen möchte.

Bei dem dritten Paare hat der erste der Brüder eine Reihe von Sinnestäuschungen, fast ausschliesslich nachts, er verarbeitet sie allmählich wahnhaft und fasst sie als Zeichen der Einwirkung einer finstern Macht auf.

Sein Bruder, der mit ihm im gleichen Bette schläft, hat nach einem halben Jahre dieselben Sinnestäuschungen und auch ein ängstliches Gefühl, wie der ersterkrankte Bruder, aber nur, wenn der letztere ihn darauf aufmerksam macht. Von der Realität seiner Wahrnehmungen ist er überzeugt. Bei ihm, wie bei dem ersterkrankten Bruder zeigt sich gesteigerte gemütliche Erregbarkeit. Besonders mit Rücksicht auf etwaige forensische Folgen seines psychischen Zustandes ist auch bei dem zweiten Bruder eine wirkliche Psychose zu diagnostizieren, die induziert ist.

Eine Uebertragung anderer Psychosen als Paranoia findet nicht statt, doch spielen Geisteskrankheiten, besonders mit lebhafter äusserer Erregung als Gelegenheitsursachen bei der Entstehung von Psychosen eine wesentlich grössere Rolle, als andere Momente. Durch ein Beispiel, bei dem die pflegende Schwester einer an einem sehr heftigen Erregungs- und Verwirrungszustande mit lebhaften Sinnestäuschungen Erkrankten in eine leichte maniakalische Erregung verfällt, wird dies belegt. Krauss (Kennenberg).

199) **Kölpin, O.** (Greifswald): Beitrag zur Kenntnis der induzierten Psychosen.

(Arch. f. Psychiatrie, Bd. 35, Heft 2.)

Mitteilung von zwei Fällen. Der erste betrifft ein querulierendes Ehepaar.

Die geistig überlegene Frau scheint dem schwachbegabten und wohl paranoisch veranlagten Manne Wahnideen, hauptsächlich gegen seine Vorgesetzten gerichtete Beeinträchtigungsideen, induziert zu haben. In dem zweiten Fall handelt es sich um zwei Schwestern, von denen die ältere (erblindete) nach aussen hin eine mehr passive Rolle spielte. Welche die primär Erkrankte war, entscheidet Verf. nicht. Leider geht aus der Schilderung nicht hervor, ob eine der Schwestern geistesschwach war und daher von der andern beeinflusst werden konnte. — Die beiden Fälle bilden einen wertvollen Beitrag zur Kasuistik des induzierten Irreseins im Sinne der von Schönfeldt und Joerger gegebenen engeren Definition.

K. Abraham (Dalldorf.)

200) **van Brero:** Cirkuläres Irresein mit choreiformen Bewegungen bei einem Kinde.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 6.)

Es handelt sich um einen 13 jährigen, schwer belasteten, mit zahlreichen Degenerationszeichen behafteten Knaben, der an einer Psychose erkrankte, welche in abwechselnden Phasen stuporöser Depression und Exaltation verlief. Während der ersteren fielen unregelmässige Bewegungen der Arme von choreiformem Charakter auf, die in den letzteren Phasen fehlten. Mit Besserung der Psychose verschwanden sie wieder. Ein vorher vorhandenes Stottern, das während der Krankheit verschwunden war, trat jetzt wieder auf. Der Knabe starb einige Zeit danach in einem erneuten Anfall.

Chotzen.

II. Neurosen. Allgemeines.

201) **Mongeri:** Nervenerkrankungen und Schwangerschaft.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 5.)

Verf. erörtert die Fragen, ob eine spezielle und charakteristische Schwangerschaftsnervenerkrankung existiert, ob die Schwangerschaft mehr oder weniger zur Erkrankung an den bekannten Nervenkrankheiten disponiert, und welchen Einfluss sie auf Verlauf und Ausgang solcher schon bestehender hat, und endlich ob sie nervösen Personen anzuraten ist? Die Antworten, die sich aus den die Litteratur berücksichtigenden Erörterungen ergeben, lauten: Obgleich keine charakteristische Nervenerkrankung existiert, ist doch der Charakter während der Schwangerschaft mehr oder weniger ausgesprochenen Veränderungen unterworfen, die einen pathologischen Grad erreichen können. Schwangerschaft hat einen günstigen Einfluss auf unkomplizierte Hysterie; bei Komplikation mit noch anderen Nervenerkrankungen ist ihr Einfluss noch nicht genügend festgestellt. Sie allein kann nicht die Ursache zur Entwickelung der Hysterie sein. Chorea gravidarum beruht auf einer Autointoxikation, die sich in der Schwangerschaft bei prädisponierten Frauen entwickelt, deren Leberfunktion nicht ganz normal ist. Den Einfluss der Schwangerschaft auf schon bestehende Chorea kennt man noch nicht genügend. Ebenso sind die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Epilepsie bekannt. Schwangerschaft befördert Autointoxikationen und prädisponiert zur Eklampsie. Desgleichen disponiert sie zu Geisteskrankheiten; eine schon bestehende wird verschlimmert oder chronisch gemacht, kann aber auch heilen, wenn sie eine accidentelle war (keine erbliche Belastung). Ehe und Schwangerschaft sind zuzugeben bei leicht Nervösen und nicht schwer Belasteten, zu widerraten bei Frauen, die geisteskrank sind oder waren.

Chotzen.

202) **Heinrich Stern** (New York): „A contribution to the pathogenesis of narcolepsy and other forms of morbid sleepiness."

(The Med. Rec., 11. Januar 1902.)

Auf Grund der in der Abhandlung ausführlich mitgeteilten Analyse eines Falles von Schlafsucht bei einem sonst ganz gesunden, namentlich nicht hysterischen oder sonstwie nervösen Manne ist Verf. zu der Ansicht gekommen, dass es Fälle giebt, in denen der pathologische Schlaf nicht durch eine sonst als Ursache angesehene Autointoxikation, sondern dadurch hervorgebracht wird, dass die in 24 Stunden ausgeschiedene Menge der Chloride ihre Zufuhr übertrifft, und dass infolge deren ein zeitweises Defizit an Chloriden im Blute vorhanden ist. Auf Grund dieses Defizits bestehe ein relativ niedriger osmotischer Druck, der verminderte Ernährung oder Reizung der Nervensubstanz zur Folge habe. Die plötzlichen Anfälle von Schlafsucht erklärten sich lediglich aus einer Herabsetzung der durch die Zellen des Centralsystems geleiteten Nerven-Impulse. Im übrigen sei die Verminderung der osmotischen Spannung, wie sie augenscheinlich während des narkoleptischen Zustandes vorwiege, keinenfalls identisch mit einer anämischen Beschaffenheit des Centralnervensystems während dieser Periode; es bestehe im Gegenteil eine Hirnhyperämie, wie sie sich auch während des physiologischen Schlafes zugleich mit erniedrigtem osmotischem Drucke vorfinde. Voigt.

---

203) **Anton** (Graz): Ueber geistige Ermüdung der Kinder im gesunden und kranken Zustande.

(Mitteil. des Vereins der Aerzte in Steiermark, XXXVII. Jahrg., 1900.)

Aus dem Vortrage, der in seiner Einleitung auf das Buch von Binet und Henri „La fatigue intellectuelle" Bezug nimmt, und die mehr oder weniger bekannten Ermüdungsversuche von Mosso, Kraepelin, Burgstein u. a. flüchtig streift, dürften zwei Punkte herauszuheben sein, weil sie wohl nicht allgemein auf Anerkennung zu rechnen haben.

Bei der Schilderung der Gefahren, die das Nervensystem in seiner Entwicklung bedrohen, spricht Verf. folgenden Satz aus: „Schon die Entwicklung des Kindergehirnes selbst ist ein Vorgang, welcher der Entzündung sehr nahe steht." Und als Ergänzung dazu stellt er seine These Nr. 6 auf: „Die andauernde, wiederholte geistige Erschöpfung ist besonders folgenschwer für das in Entwickelung begriffene Gehirn, dessen Gewebe an sich in einem irritativen Zustande sich befindet." Gewissermassen als Beweis hierfür führt Verf. dann an, dass von 5200 Nerven- und Geisteskranken seiner Klinik nicht weniger als 700 im Alter vor 20 Jahren erkrankt seien. Das wären 14 %. „Dabei ist jene grosse Zahl nicht mitgerechnet, bei welchen die Nerven- und Geisteskrankheiten in der Kindheit ihren Beginn und ersten Anstoss erhielten." Schätze ich diese „grosse Zahl" auch auf 14 %, was aber viel zu hoch ist, denn sonst hätte Verf. eine Zahl angegeben, dann ergiebt das von allen Nerven- und Gehirnkranken 28 %, deren Enstehung auf die Entwicklung des Gehirns zurückzuführen wäre. Nun, ich halte diese Zahl gegenüber der Behauptung des Verf. über die Entwicklung und Entzündung des Gehirns für so gering, dass sie mir nur geeignet erscheint, jene Behauptung zu desavouieren.

Der zweite diskutierbare Punkt betrifft die Bemerkungen des Verf. über die Periodizität. Er sagt: „Der Zustand und die Thätigkeit des Nervensystems

unterliegen periodischen Schwankungen. Diese Periodizität betrifft sehr verschiedene Zeitphasen. Es ist ja wahrscheinlich, dass selbst bei der regulären Wiederkehr der Menstruation bei Frauen die periodischen Schwankungen des Nervenlebens, natürlich auch des Stoffwechsels, das primäre Moment abgeben. Sehr wohlbekannt sind auch die evidenten geistigen Störungen, welche periodisch wiederkehren.“ An anderer Stelle spricht er von „der fast rhythmischen Aufeinanderfolge von Depression und Exaltation, wie sie für die zirkuläre Neurose charakteristisch ist“, und sagt von ihr, dass sie so weitgehende Milderungen des Zustandes zeigen könne, dass dieselben übersehen werden, wie er denn überhaupt eine grosse Betonung darauf legt, dass leichtere Störungen der Nerventhätigkeit, die in bestimmten Intervallen auftreten, von den Trägern derselben nicht bemerkt werden, dass in einzelnen nervös belasteten Familien periodische Schwankungen in der Stimmungslage und in der Arbeitskraft des einzelnen Mitgliedes nicht entdeckt werden. Und doch gerade seien es diese Schwankungen, welche Stimmungslage und Disposition zu geistiger Arbeit beeinflussten.

Die Periodizität ist ein allgemeines Gesetz der ganzen organischen Natur, und ist aufzufassen als eine Vorrichtung des Schutzes und der Erhaltung, ohne sie würde alles Leben sich schneller verbrauchen. Dass sich diese physiologische Periodizität in mehr oder weniger deutlicher Reproduktion auch in pathologischen Geschehnissen wiederholt, ist bekannt, aber etwas Neues scheint es mir zu sein, die zirkuläre Psychose oder Neurose, also das manisch-depressive Irresein mit dieser physiologischen Periodizität zusammenzustellen, und sogar die leichten Formen dieser Cyclose mit jener zu identifizieren. Das scheint mir zu weit gegangen, und wenn gar der Verf. „Uebermut, Selbstüberschätzung und die Neigung zu äusseren Konflikten“ der Jugend als von einer „aus dem Binnenleben (endogen) stammenden heiteren Verstimmung“ herkommend ansieht, und als „manischen Zustand“ oder „manische Phase“ einer „cirkulären Schwankung“ auffasst, dann können wir gleich Gymnasien und Universitäten als Krankenhäuser bezeichnen, und den Studentenphilister als Normaltypus auffassen. Hiergegen wollen wir doch unsere fröhliche und übermütige Jugend in Schutz nehmen, und wollen ihr ihre Sturm- und Drangperiode mit Selbstüberschätzung und selbst mit gelegentlichen äusseren Konflikten nicht als etwas Pathologisches anrechnen. Erlenmeyer.

---

204) **Herzog** (Mainz): Ueber die Abhängigkeit gewisser nervöser Symptome von dyspeptischen Störungen. (Der digestive Herznervenreflex.)

(Deutsche Praxis. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1901, Nr. 24.)

Verf. meint, dass seine frühere Arbeit über denselben Gegenstand nicht zur Kenntnis weiterer ärztlicher Kreise gekommen sei, und nimmt als Grund dafür an, weil sie in einem Archive „begraben“ worden ist. (Arch. f. Psych. Bd. XXXI, H. 1 u. 2 1898.) Ganz richtig. Arbeiten, die man für „weitere ärztliche Kreise“ bestimmt, veröffentlicht man nicht in einem Spezialarchiv mit einem verhältnismässig kleinen Leserkreis. Andererseits aber giebt Verf. zu, dass „die Litteratur dieses Gegenstandes eine ausserordentlich umfangreiche ist“, und er wird auch ferner zugeben, dass er eigentlich etwas Neues nicht gebracht hat. Mir ist die „begrabene“ Arbeit des Verf. bekannt. Ich kann ihm darin nicht beistimmen, dass er jetzt seinen früheren Standpunkt aufgiebt, dass

er den geschilderten Symptomenkomplex jetzt nicht mehr als selbständige Krankheit gelten lassen will, dass er ihn nur als Symptom auffasst; ich stimme ihm ferner auch darin nicht bei, dass er die Störungen der Herzthätigkeit als Neurasthenie oder als neurasthenische bezeichnet; endlich mache ich ein Fragezeichen dahinter, dass die in Rede stehenden Nervenerscheinungen immer auf dyspeptischen Störungen bestehen, denn es giebt auch Magenblähungen ohne dyspeptische Symptome, zumal im Beginne. Ich halte den beschriebenen Symptomenkomplex durchaus für eine selbständige Krankheit, schon deshalb, weil er eine konstante Krankheitsursache hat, ich billige die Rosenbach'sche Bezeichnung „digestive Neurose“, nenne ihn für mich „Magen-Herzneurose“ und lehne damit jede Beziehung zur Neurasthenie ab. Das primäre, die Herzneurose reflektorisch auslösende Moment liegt immer in der habituellen Magenauftreibung, Magenblähung, auch Magenerweiterung; deshalb muss auch die Therapie an diesem Punkte in geeigneter Weise ansetzen. Die Fälle sind ausserordentlich dankbar, heilen in sehr kurzer Zeit und unterscheiden sich schon dadurch von dem viel spröderen Mädchen für Alles, der Neurasthenie. Erlenmeyer.

---

205) **Jessen F.:** Zur Kenntnis der Starkstromverletzungen.
(Münchener med. Wochenschr. 1902, p. 182 ff.)

Die Arbeit giebt zunächst einen kurzen Ueberblick über die in Frage kommende Litteratur. Im Anschluss wird über eine eigene Beobachtung berichtet. Bei dem Unfall hatte ein Gleichstrom von 500 Volt mehrere Minuten lang auf den Körper eines erblich nicht belasteten, früher stets gesunden Mannes eingewirkt. Vorübergehende Benommenheit. Weiterhin Kopfschmerz, Schwindel, Zuckungen und Kriebeln im rechten Arm, Unsicherheit des Ganges, Deviation der Zunge nach links, leichte Parese des linken Facialis, ungleiche, verzogene Pupillen, Steigerung der Reflexe. Später teilweises Verschwinden dieser Erscheinungen, vorübergehend einförmige Herabsetzung des Temperatursinns an den Beinen, einförmige Zone herabgesetzter Tastempfindung am Rücken des linken Unterarmes, Hyperästhesie der Bauchhaut, Romberg's Symptom, mehrfache Anfälle nach Art der hysterischen.

Verf. tritt der Ansicht Hoche's bei, funktionelle Lähmungen nach Starkstromtraumen nicht als Hysterie zu bezeichnen, vielmehr aus solchen Zuständen Lehren zur Aufklärung der Hysterie zu ziehen. Es wird demnach der in dem mitgeteilten Falle im Anschluss an jenes Starkstromtrauma aufgetretene Symptomenkomplex angesehen als möglicherweise bedingt durch feinste Hirnläsionen, wie sie die Tierexperimente nach Starkstromtod zeigen. Wickel.

---

206) **Cramer**: Ein Fall von Blitzschlag mit günstigem Ausgange.
(Therapeutische Monatshefte 1902, Heft 4.)

Verfasser hatte Gelegenheit einen Fall von Blitzschlag etwa eine Viertelstunde nach dem Unfalle zu beobachten. Die Verletzte war an einem Regenwasserfasse beschäftigt, in welches eine Zinkblechröhre mit kupfernem Endstück vom Dach des Hauses her mündete, als sie vom Blitz getroffen wurde. Sie fühlte einen starken Ruck, wurde umgerissen und blieb bei voller Besinnung, aber vollkommen gelähmt, liegen, so dass sie von den herbeieilenden Angehörigen für tot gehalten wurde. Nach wenigen Minuten fand sie die Sprache wieder. Als Verf. kam, sass Patientin auf dem Sopha zitternd und bebend

am ganzen Körper, und klagte stammelnd über heftige Schmerzen am linken Oberschenkel, auch sah sie vor den Augen Flammen tanzen. Der Puls war regelmässig, beschleunigt (120 in der Minute). Am linken Oberschenkel befand sich eine handtellergrosse Verbrennungsfläche ersten Grades um eine kleinere Mitte zweiten und dritten Grades. An beiden Füssen waren gleichfalls Verletzungen bemerkbar, an der Sohlenfläche der linken kleinen Zehe eine kleine lochartige Wunde, an der rechten Fusssohle sechs kleine tiefe, wie mit einem Locheisen ausgeschlagene geschwärzte Brandwunden. Da die Rückenflächen der Füsse und die Unterschenkel völlig unversehrt waren, konnte der Weg, den der Blitz genommen, nicht festgestellt werden. Die Heilung der nervösen Störungen, der sensiblen Lähmung der Unterschenkel, der allgemeinen motorischen Erregung, erfolgte nach wenigen Stunden, resp. am nächsten Tage, die der Wunden nach einigen Wochen.

Auch bei dem in der Nähe der Frau zur Zeit des Unfalles beschäftigten Dienstmädchen, das sich nicht „getroffen" fühlte, traten nervöse Störungen auf, bestehend in Angstzuständen, Unruhe, Schwächegefühlen, schmerzhaften Empfindungen, welche mehrere Tage anhielten und allmählich zurückgingen. Bei beiden Patienten blieben Nachwirkungen nicht zurück.

Hammerschmidt (Stettin).

---

207) **Herschell:** On the treatment of nervous in digestion or gastric neurasthenia. (The Edinburgh Med. Journal 1902, Januar.)

Verf. unterscheidet eine sensible, eine sekretorische und eine motorische Form der nervösen Gastritis. Kombinationen der einzelnen Formen sind sehr häufig. Die Diagnose auf „gastrische Neurasthenie" darf nur per exclusionem gestellt werden. Beim Einleiten der Therapie, insbesondere der Regelung der Diät, sind die besonderen Umstände des einzelnen Falles jedesmal sorgfältigst zu berücksichtigen. Grossen therapeutischen Wert legt Verf. der statischen Elektrizität und den sinusoidalen Bädern bei. Man wird aber wohl gut thun, sich dieser Ansicht gegenüber etwas skeptisch zu verhalten.

Kölpin (Greifswald).

---

208) **L. Fürst:** Die Asomnie im Kindesalter. (Deutsche Medizinalzeitung 1901, Nr. 91.)

Schlaflosigkeit in der ersten Lebenszeit, in welcher wesentlich die vegetativen Funktionen, Ernährung und Verdauung, Schlaf bewirken, hat in der Regel leicht erkennbare Ursachen, wie Insektenstiche, Hunger, Kolikschmerzen, Nassliegen u. s. w. Durch die Beseitigung der störenden Ursachen wird auch guter Schlaf erzielt. Obstipationskolik wird durch Klysmata aus Kamillenthee mit gesalzener Butter und durch Leibmassage beseitigt, manchmal ist auch Opium nötig. Bis zum zweiten Lebensjahre sind dann die Dentition oder Ernährungsstörungen, zumal Magen-Darmkatarrhe, die Ursachen der Schlaflosigkeit. Vom zweiten bis zum Beginn des Schulalters ist es die Lebhaftigkeit der Sinneseindrücke, die Anregung der Phantasie durch Märchenerzählen, welche die Kinder nicht schlafen lässt. Im sogenannten Schulalter bis zur Pubertät häufen sich die Fälle von Asomnie: Ermüdung, Ueberreizung durch Lektüre, Theatervorstellungen u. s. w., körperliche Leiden wie Anämie, ererbte Anlage zur Neurasthenie, rasches Wachstum und sexuelle Entwickelungsphasen stellen

die Ursachen dar. Mit Ausnahme der günstigen Therapie durch Dormiol bietet die Behandlungsweise der Asomnie, wie sie der Verf. schildert, nichts Neues.

G. Cevitz.

---

209) **Ruge**: Physiologisches über Muskelmassage nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

(Zeitschr. f. physic. u. diät. Therap. 1902, Bd. VI, Juni, S. 145.)

Man muss dem Verf. Recht geben, wenn er in seiner historischen Einleitung die Schuld daran, dass die Massage trotz ihrer unleugbaren, praktischen, therapeutischen Erfolge, Allgemeingut der behandelnden Kollegen noch immer nicht geworden ist, dem Umstande zuschreibt, dass bisher die theoretische wissenschaftliche Grundlage der Massagewirkung nur lückenhaft war. Das hat sich im letzten Jahrzehnt wesentlich geändert. Zahlreiche und bemerkenswerte Versuche sind über die Allgemeinwirkungen der Massage auf den gesamten Organismus veröffentlicht worden, doch ist die Zahl der Arbeiten, welche sich mit dem primären, lokalen Einflusse der Massage auf den Angriffspunkt befassen, nur gering. Deshalb ist diese Arbeit des Verfassers über den direkten Einfluss der gemischten Massage auf die Leistungsfähigkeit des Muskels mit Freuden zu begrüssen. Seine an Froschmuskeln vorgenommenen, sehr sorgfältig ausgeführten Versuche haben folgende Resultate ergeben: Die Massage macht den Muskel leistungsfähiger, andauernder, flinker zur Arbeit, sowohl den ermüdeten, wie den ausgeruhten Muskel. Auf den ermüdeten Muskel wirkt Massage erheblich mehr ein als Ruhe, kurze Massagen von 2—3 Minuten haben eine grössere Wirkung als längere Ruhepausen von 10—20 Minuten. Die Leistungsfähigkeit eines ermüdeten Muskels beträgt nach einer Massage von nur 5 Minuten bis das Siebenfache gegenüber seinen Leistungen vorher. Zur Erzielung von Tetanus ist nach Massage eine grössere Reizfrequenz nötig als vorher.

Die therapeutischen Schlüsse, welche Verfasser aus diesen Ergebnissen seiner Versuche macht, sind längst in die Praxis umgesetzt. Es besteht wohl kein Zweifel, dass die Massage der Muskeln nach einem längeren Krankenlager, nach dem Ausschalten eines Gliedes von der Bewegung wegen Frakturen und Verletzungen, durchaus angezeigt ist. Auch die Versuche, anämische schwächliche Patienten leistungsfähiger durch Behandlung mit Massage zu machen, sind erfolgreich durchgeführt worden. In Fällen, in denen bei hochgradiger Bleichsucht und Schwäche eine Liegekur (Mastkur) angewandt wurde, erwies sich dem Referenten eine Kombination mit Massage von vorzüglichem Nutzen.

Hammerschmidt (Stettin.)

---

210) **W. Warda:** Ueber den Alkoholgenuss bei Neurosen.

(Zeitschr. f. Krankenpflege 1901, S. 426 ff.)

Warda, der in der Alkoholfrage einen gemässigten Standpunkt einnimmt, schildert die Gefahren des Alkohols für die Nervösen, leicht Cirkulären, Erschöpften, die in ihm Befreiung suchen, aber in Wirklichkeit durch ihn geschädigt werden. Bei leichteren Fällen von Neurasthenie gestattet Warda mässigen Alkoholgenuss, ja, er kennt sogar Kranke, bei denen kleine Gaben Alkohol gute Dienste thun. Individualisieren sei eben auch hier die Hauptsache. Soweit es angehe, solle man den Kranken die grösseren und kleineren Lebensgenüsse möglichst wenig beschneiden. Gaupp.

211) **W. Warda:** Darf dem Pflegepersonal die Vornahme therapeutischer Hypnosen übertragen werden?

(Zeitschr. f. Krankenpflege, 1902. Jahrgang 24, Januar.)

Verf. polemisiert mit vollem Recht gegen Löwenfeld, der in der gleichen Zeitschrift sich dahin ausgesprochen hatte, dass es oft im Interesse der Kranken läge, ärztlicherseits zeitweilig die Vornahme von Hypnosen zur Bekämpfung einzelner Symptome dem Pflegepersonal zu überlassen. Er will streng unterschieden wissen zwischen der einfachen hypnotischen Prozedur und der therapeutischen Hypnose. Die erste kann jeder ausüben, der die primitive Technik beherrscht, die zweite indessen ist alleinige Domäne des Arztes. Wer sie gewissenhaft ausüben will, muss einerseits den kranken Menschen und die Natur der pathologischen Störungen, die bekämpft werden sollen, andererseits das Wesen des wissenschaftlichen Hypnotismus genügend kennen, er muss ferner genügend praktische Erfahrungen besitzen und schliesslich jedem Kranken ein nicht gewöhnliches persönliches Interesse entgegenbringen. Zudem wird durch Ueberlassung hypnotischer Prozeduren zu therapeutischen Zwecken an Laien der Kurpfuscherei (Magnetopathen) Vorschub geleistet. Buschan.

---

212) **C. v. Wild** (Cassel): Die Verhütung der Seekrankheit durch Orexinum tannicum. Vorläufige Mitteilung.

(Archiv f. Schiffs- und Tropen-Hygiene, 1902, Bd. 6, S. 24, 25 u. 67, 68.)

Die Empfehlung des Orexinum tann. als Mittel gegen Erbrechen veranlasste den Verf. dasselbe bei „zahlreichen Personen, welche notorisch an Seekrankheit zu leiden hatten und teilweise von derselben erfahrungsgemäss sehr leicht befallen wurden“ zu versuchen. Ein Misserfolg ist bisher bei vorschriftsmässiger Anwendung nicht beobachtet worden. Diese Vorschrift lautet: Orexinum tann. 0,5 mit $^1/_4$ l Flüssigkeit, wie Milch, Thee, Fleischbrühe, drei Stunden vor Antritt der Seefahrt, nach zwei Stunden eine reichliche Mahlzeit zu nehmen. Wenn dies genau befolgt wird, so behauptet der Verf., so bleiben Seefahrende von der Krankheit verschont. Er fordert zu weiteren Versuchen auf. Fünf Krankengeschichten werden vom Verf. als Beispiele angeführt. Buschan.

III. Hysterie.

213) **Babinski** (Paris): Définition de l'hystérie.

(Comptes rendus des Séances de la société de neurologie de Paris, 7. Nov. 1901.)

Verf. verfolgt das Ziel alle Symptome der Hysterie unter einer Definition zusammenzufassen, d. h. die Definition so zu formulieren, dass sie für alle Symptome passt und alle umgreift. Die Schwierigkeit liegt darin, dass durchaus nicht alle Symptome, die als hysterische bezeichnet werden, sich einer allgemeinen und unwidersprochenen Anerkennung als solcher erfreuen. Daraus entnimmt Verf. die Einteilung in primäre und in sekundäre hysterische Symptome. Zu den ersteren rechnet er solche Erscheinungen, die auftreten ohne irgend welche Vorläufer, ohne dass ihnen andere hysterische Symptome vorhergegangen sind, z. B. die Anästhesien, die Lähmungen, die Kontrakturen, die Krisen. Zu den sekundären zählt er solche Erscheinungen, die, ohne selbst den Charakter der primären zu haben, mit ihnen verbunden und ihnen untergeordnet auftreten. Als Typus dieser sekundären Symptome bezeichnet er die Muskelatrophie, von der er sagt, dass sie niemals primär auftritt, durch

Suggestion nicht erzeugt werden kann, dass sie mit der Lähmung oder der Kontraktur verknüpft ist und zwar derart, dass sie niemals vor jenen, sondern immer nur als deren Folgezustand erscheint und nicht früher verschwindet, als bis die Muskelfunktion wieder normal geworden ist. In dieser Weise muss sich die Definition der Hysterie den Einzelsymptomen anpassen, aber das sei notwendig, sagt Verf., weil Hysterie ohne hysterische Symptome eine Abstrakion sei. Man kann die Hysterie als einen Geisteszustand bezeichnen, der zur Manifestation hysterischer Symptome befähigt. Das wäre eine Erklärung, die an die „epileptische Disposition" oder „epileptische Veränderung" erinnert, die aber wohl kaum als Definition der Epilepsie gelten kann. Verf. proponiert folgende Definition:

„L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestioner.

Elle se manifeste principalement par des troubles primitivs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. (Ein Unterschied, der sich auf den Charakter der Vorstellung bezieht, die dem Kranken beigebracht werden soll; bei der Suggestion ist sie „déraisonnable", bei der Persuasion ist sie „im höchsten Grade verständig".)

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs."

Mir will nicht scheinen, dass hiermit etwas wesentlich Neues gegeben, oder irgend ein Fortschritt gewonnen sei. Erlenmeyer.

---

214) **Tesdorpf, P.:** Ueber die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei Hysterie.

(Münchener med. Wochenschr. 1902, p. 60ff.)

Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei den im Anschluss an körperliche und psychische Erschütterungen eingetretenen hysterischen Störungen wesentlich um Dissoziationsvorgänge, d. i. einerseits um quantitative Störungen der zum normalen Ablauf unserer körperlichen und psychischen Funktionen notwendigen nervösen Assoziationen zwischen den verschiedenen Organen und Systemen, andererseits um eine qualitative Assoziationsstörung, nämlich um Etablierung einer Selbständigkeit der verschiedenen Organe und Systeme in Bezug auf ihre nervöse Beeinflussung des gesamten Körpers, wie der einzelnen Körperteile. Es ist ein psychischer, im Hirn lokalisierter Dissoziationsprozess und ein ausserhalb des Hirns bestehender, ein körperlicher Dissoziationsprozess zu unterscheiden. Im Gegensatz zu der vorwiegenden Auffassung der hysterischen Symptome, als vom psychischen Gebiete ausgehend, wird die Bedeutung der körperlichen Dissoziationen betont. Aus ihnen lassen sich auch viele der für Hysterie charakteristischen psychischen Störungen ableiten. Wickel.

---

215) **Ignaz Knotz:** Zur Frage der traumatischen Neurosen.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 8.)

Kasuistische Mitteilung dreier einschlägiger Fälle, die deshalb von besonderem Interesse ist, weil die Verletzten keine Rentenbewerber waren.

Ernst Schultze.

V. Vermischtes.

Die **statistische Kommission des Vereins deutscher Irrenärzte** versandte an die Fachkollegen folgendes Schreiben:

Sehr geehrter Herr Kollege!

Im Auftrage der statistischen Kommission, über deren Wesen und Ziele beiliegendes Blatt*) Auskunft giebt, bitte ich Sie ergebenst um Ihre freundliche Mitwirkung.

Alle in der Tagespresse erscheinenden Notizen aus dem uns interessierenden Gebiete erhalte ich durch ein litterarisches Centralbureau; was von Seiten der deutschen Irrenärzte geschehen kann, ist die freiwillige Mitteilung von thatsächlichem Material aus dem Beobachtungskreise des Einzelnen.

In Betracht kommen hierbei in erster Linie: Fälle von Selbstmord oder Attentaten Geisteskranker (ausserhalb der Anstalten), namentlich solche, bei denen Verschleppung der Aufnahme infolge von Schwerfälligkeit des amtlichen Apparates, Widerstand der Familie u. s. w. mitgewirkt hat, Fälle von Ignorierung des Ergebnisses psychiatrischer Gutachten, Verurteilungen von Geisteskranken und Schwachsinnigen, Fälle, die unter die Rubrik der verminderten Zurechnungsfähigkeit fallen würden u. dgl. mehr.

Im Interesse der Sache liegt es, dass die Beiträge möglichst zahlreich und möglichst im unmittelbaren zeitlichen Anschluss an das betreffende Ereignis eingesandt werden; erwünscht ist auch nicht nur die Mitteilung sogenannter „krasser Fälle“, sondern alles dessen, was geeignet ist, die bestehenden Missstände im Gebiete des Irrenwesens in irgend einer Richtung zu illustrieren.

Es wird weiterhin von Seiten der statistischen Kommission an die Herren Kollegen die Bitte gerichtet werden, über hierhergehörige, in der Tagespresse behandelte Vorkommnisse, die in den geographischen Bezirk der Einzelnen fallen, authentisches Material zu beschaffen; es werden jedesmal die dem Schauplatz des betreffenden Ereignisses lokal am nächsten wohnenden Kollegen um ihre Beihilfe gebeten werden. Da es sich auch darum handelt, ein möglichst einwandfreies Beweismaterial zu sammeln, wird diese Form der Mitwirkung der ganz besonderen Aufmerksamkeit empfohlen.

Die immer näher rückende reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens macht es dringend wünschenswert, dass die deutschen Irrenärzte möglichst gut gerüstet in die kommende Diskussion eingreifen können; ich bitte deswegen die Herren Kollegen um eine möglichst ausgedehnte und lebhafte Unterstützung der Arbeit der statistischen Kommission.

Die Einsendung der freiwilligen Beiträge wird an meine Adresse erbeten.

I. A.: Prof. Dr. Hoche.

Die **„Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“** führt in einem Schreiben, das sie zur Zeit versendet, aus:

„Nicht mit Unrecht hat man Tuberkulose, Alkoholismus und Syphilis die drei Geisseln der modernen Kulturmenschheit genannt, und die menschliche Gesellschaft verfolgt nur ihre ureigensten Lebensinteressen, wenn sie auf jede

*) Anm.: Ist hier nicht abgedruckt. Siehe aber S. 413—417. D. R.

Weise diesen verderbenbringenden Feinden entgegenzutreten sucht. Der Kampf gegen die Tuberkulose und den Alkohol ist auf der ganzen Linie aufgenommen; nur die Gefahr, welche der Volksgesundheit von Seiten der Geschlechtskrankheiten droht, wird noch immer nicht in ihrer ganzen Grösse ermessen. Und doch hat die rapide Zunahme der Grossstädte in ihren Riesen-Ansammlungen von Menschen diese Gefahr seit einem Menschenalter ins Ungeheure gesteigert, und jeder Fortschritt der Wissenschaft lässt uns neue schwere Krankheitsformen als Folge der Geschlechtskrankheiten erkennen.

Gewiss liegt es nicht in unserer Macht, die gewaltigen ethischen und sozialen Kräfte auszulösen, die zu einer radikalen Beseitigung dieser Seuchen führen könnten; aber innerhab der bescheidenen Grenzen, die unserem Wirken gesteckt sind, ist noch vieles zu thun und, wie wir glauben, auch zu erreichen. Noch leben weite Kreise unseres Volkes, und nicht nur die weniger Gebildeten, in krassester Unwissenheit über die Häufigkeit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, über die Wege ihrer Verbreitung und die Mittel, wie denselben vorzubeugen sei — ja, diese Verbreitung wird direkt gefördert durch die falsche Scham, welche eine Erörterung dieser Dinge in der Oeffentlichkeit und somit eine Aufklärung des Volkes verhindert, durch die Verheimlichung, zu der die Träger dieser Krankheiten gezwungen werden, sowie durch die Vorurteile, welche alle Schichten der Bevölkerung denselben entgegenbringen, Vorurteile, die sich auch in der Gesetzgebung, der Verwaltung, der Armenpflege, der Krankenhauspflege, dem Krankenkassenwesen u.s.w. in unheilvollster Weise geltend machen.

Und wenn auch an eine Ausrottung der Prostitution, der nie versiegenden Quelle dieses Uebels, nicht zu denken ist, so glauben wir doch, dass auch hier durch zweckmässige Massnahmen manches gebessert, dass vor allem die gesundheitlichen Schäden — an deren Folgen die ganze Nation zu tragen hat — herabgemindert werden könnten.

In diesem Sinne zu wirken, hat sich die „Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale" zur Aufgabe gestellt, eine Gesellschaft, welche im Jahre 1899 im Anschluss an die Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Brüssel gegründet wurde. Der unterzeichnete Ausschuss, mit der Geschäftsführung der Gesellschaft für Deutschland beauftragt, hat geglaubt, den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in unserem Vaterlande am wirksamsten durch die Gründung einer eigenen Gesellschaft, der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", aufzunehmen, um so einen Mittelpunkt für alle Bestrebungen zu schaffen, welche zu einer Einschränkung der Geschlechtskrankheiten führen können. Unterstützt durch die hilfsbereite Mitwirkung einer grossen Zahl hervorragender Männer und Frauen aus allen Gauen Deutschlands, wendet sich der Ausschuss an Sie mit der Bitte, auch an Ihrem Teile die Arbeiten unserer Gesellschaft fördern zu helfen.

Geplant ist die Gewinnung einer möglichst grossen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, Bildung von Zweigvereinen an Orten mit grösserer Mitgliederzahl, Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von öffentlichen belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexualhygiene, Verbreitung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern etc., direkte und indirekte Beeinflussung von gesetzgebenden und Verwaltungskörpern zur

Abhilfe von Uebelständen und zur Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für Geschlechtskranke und der Ueberwachung der Prostitution.

Der Jahresbeitrag soll 3 Mark betragen; eine konstituierende Versammlung wird im Herbst nach Berlin einberufen werden . . . .“

Der Redaktion ging folgendes Schreiben zu:

Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur Assistance Familiale, Anvers, 1—7 Septembre 1902 sous la Présidence d'Honneur de Monsieur Van den Heuvel, Ministre de la Justice, et la Vice-Présidence d'honneur de MM. J. Lejeune, Ministre d'État, ancien Ministre de la Justice, Comte de Mérode-Westerloo, Sénateur, ancien Ministre des Affaires Étrangères, V. Begerem, Membre de la Chambre des Représentants, ancien Ministre de la Justice, Pety de Thozée, Gouverneur de la province de Liége, Frédégand Cogels, Gouverneur de la province d'Anvers, Jan Van Rijswijck, Bourgmestre de la ville d'Anvers.

„Au dernier Congrès International de l'Assistance familiale, tenu à Paris en octobre 1901, la section psychiâtrique dut constater que le travail considérable qu'elle venait d'entamer ne pouvait être mené à bonne fin que par la constitution indépendante d'une nouvelle session, où les problèmes pourraient être soumis à un examen plus approfondi.

Cette nouvelle session aura lieu du premier au sept septembre prochain, à Anvers. Elle sera consacrée à l'étude de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale.

L'asile fermé est actuellement le principal mode d'assistance des aliénés. Le nombre de ceux-ci est trop élevé pour qu'on puisse songer à les placer tous autrement. Du reste beaucoup d'entre eux ont besoin d'un traitement régulier et d'une surveillance suivie, que l'asile fermé est seul capable de leur fournir. Aussi ces refuges ne se comptent-ils plus; on en construit de nouveaux tous les jours. L'on agrandit ceux qui existent; on les modifie dans leur forme extérieure: on construit des quartiers indépendants, des cottages, des fermes-asiles, des colonies de travail. Le régime intérieur a été adouci: on donne aux malades des occupations, des distractions, des fêtes, un plus grand degré de liberté, des sorties à titre d'essai; pour quelques-uns mêmes les portes restent ouvertes. Ce sont là les signes d'une louable tendance à se rapprocher de la vie sociale.

Gheel, où des centaines de malades jouissent depuis des siècles de la liberté et de la vie de famille, Gheel fut considéré longtemps comme une simple curiosité, un singulier village.

L'exemple de l'Écosse, qui applique depuis de longues années l'assistance familiale à de nombreux malades, ne trouva pas d'imitateurs. Une croisade passionnée, dont le docteur Baron Mundy fut le Pierre l'Ermite, ne réussit pas à fixer d'une manière durable l'attention des médecins et des administrateurs, et l'internement des aliénés resta la règle générale.

Le flot de la folie montant toujours, on se trouva en face de l'encom-

brement général, avec tous ses inconvénients. Il fallut s'imposer de nouveaux efforts. Les dépenses augmentaient, menaçant l'équilibre des budgets.

On finit par se dire qu'il y a des malades qui ne sont pas dangereux, qui n'ont besoin ni d'un traitement, ni de soins spéciaux, et qui ne demandent qu'à vivre dans la société. Depuis vingt ans des essais d'application du patronage familial se font un peu partout. La Belgique a reproduit à Lierneux le modèle de la colonie de Gheel; la Russie est depuis longtemps ralliée au système; la France a fondé les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château; la Prusse construit des asiles spéciaux auxquels elle annexe des colonies; des pays limitrophes se préparent à l'imiter; l'Autriche a mis pratiquement ce système à l'étude; la Hollande entre, timidement encore, dans la voie, et l'Amérique du Nord continue des expériences qui se font dans les conditions les plus désavantageuses.

Le patronage familial des aliénés fait donc sa trouée; il prend la place à laquelle il a droit comme mode particulier d'assistance. C'est bien le moment de provoqeur une réunion de tous ceux qui s'intéressent à la question.

On pourrait croire que le sujet est trop restreint pour fournir de la matière aux discussions d'un congrès spécial; mais ses limites sont plus étendues qu'on pourrait se l'imaginer. Quelle est la valeur de l'assistance familiale au point de vue scientifique, humanitaire, financier? Quels sont les malades appelés à en bénéficier? Comment doit-on s'y prendre pour fonder, pour organiser administrativement et scientifiquement de nouvelles colonies? Où trouver, comment former les populations qui se chargeront de soigner des aliénés?

L'assistance familiale embrasse aussi les malades qui sont soignés dans leurs propres familles avec ou sans surveillance des autorités. Car, s'il y a certainement des aliénés qu'on enferme sans nécessité, il y en a dont l'internement est désirable. Ce côté de la question intéresse non seulement les familles elles-mêmes, mais aussi les législateurs et les autorités judiciaires; c'est le cas, par exemple, pour la Belgique, où les juges de paix ont à visiter les aliénés séquestrés à domicile dans leurs cantons.

Il est impossible d'examiner le régime des colonies sans toucher directement au régime des asiles fermés. C'est pour cette raison que la commission organisatrice s'est cru autorisée à étendre le programme du congrès. Tout en portant spécialement son attention sur l'assistance familiale, elle n'a voulu exclure aucune des questions qui peuvent intéresser l'assistance des aliénés en général.

L'utilité de notre congrès ressort donc de son actualité, ainsi que du nombre et de l'importance des questions que soulève l'étude du patronage familial; aussi espérons-nous que les médecins en général, les aliénistes, les hommes de loi, les philanthropes, assisteront en grand nombre à ces assises consacrées à l'étude des intérêts les plus élevés de la science et de l'humanité. Il ne s'agit pas d'établir la supériorité de tel ou de tel système, mais de prendre partout ce qu'il y a de bon et d'en faire profiter les aliénés."

Le comité d'organisation.

II. internationaler Kongress für medizinische Elektrologie und Radiologie. Bern 1.—6. September 1902. Angemeldete Arbeiten (Ende Juni).

1. Referate.

Dr. Cluzet (Toulouse) und Dr. Mann (Breslau): Der gegenwärtige Stand der Elektrodiagnostik. Dr. Guilloz (Nancy): Die chirurgische Elektrolyse. Dr. Béclère (Paris) und Prof. Grunmach (Berlin): Die Radiologie und Radiographie der inneren Organe. Dr. Oudin (Paris): Die von den X-Strahlen verursachten Unglücksfälle. Dr. Battelli (Genf): Die Gefahren der industriellen Starkströme.

2. Mitteilungen.

Prof. Sticker (Giessen): Galvanoskopische Untersuchungen an Gesunden und Kranken. Dr. Fort (Paris): Behandlung der Verengerungen des Oesophagus und der Urethra durch die lineäre Elektrolyse. Dr. Guilleminot (Paris): Gebrauch und Regulierung des Spiral-Resonators bei der Anwendung der Ströme hoher Frequenz. Dr. Zanietowski (Krakau): Beitrag zur Lehre der Summation der Reize in der Syringomyelie. Dr. Kwiatkowski (Krakau): Ueber Myographie bei Polyneuritis. Dr. Zanietowski und Kwiatkowski: Ueber den semiologischen Wert der Muskelkurven in der klinischen Elektrodiagnostik. Dr. Dubois (Bern): Ueber die Kapazität des menschlichen Körpers. Dr. Sala, Dr. Corbellini und Dr. Rotà (Aus der Klinik von Prof. Mondino, Pavia): 1. Elektrische Behandlung der Gastralgien. — Ueber die von den X-Strahlen verursachten Läsionen. 2. Ueber Behandlung des Morbus Basedowii. 3. Ueber Behandlung der Neuralgien. Dr. von Luzenberger (Neapel): Untersuchungen über die Tonizität des Blutes mittelst Elektrizität. Prof. Schatzky (Moskau): a) Biologische Betrachtungen zur Behandlung der akuten Entzündung mittelst konstanter Ströme; b) Ein automatischer Rheostat für medizinische Zwecke. Müller, E. K. (Zürich): Ueber elektro-magnetische Therapie. Dr. Xavier (St. Paul Brasilien): Behandlung der Lungentuberkulose mittelst Ströme hoher Frequenz. Prof. Schiff (Wien): Ueber die Anwendung der Elektrizität bei Behandlung von Hautkranken. Dr. Moutier (Paris): a) Therapeutische Leistungen der d'Arsonvalisation; b) Ueber die elektrische Behandlung gewisser fieberhaften Erkrankungen. Dr. Albert-Weil (Paris): Elektrotherapie bei Orthopädie. Dr. Schnyder (Bern): Einfluss des galvanischen Stromes auf die Muskelkraft. Prof. Benedikt (Wien): Ueber Röntgen-Diagnostik der Schädel-, Hirn- und Wirbelsäule-Erkrankungen. Dr. Bade (Hannover): Die Bedeutung der Radiologie für die Orthopädie. Dr. Weinberger (Wien): a) Ueber die Untersuchung der Brustkrankheiten mit Röntgen-Strahlen; b) Ueber die durch Erweiterung der Pulmonararterie im Radiogramme entstehende Schattenform. Dr. Holzknecht (Wien): Eine neue Dosierungsmethode in der Radiotherapie. Dr. Strebel (München): Lichtgeneratoren in der Lichttherapie. Dr. Foveau de Courmelles (Paris): a) Die Phototherapie; b) Die Tuberkulose und die physikalischen Agente. (Verschiedene Formen der Elektrizität.) Dr. Régnier (Paris): a) Die medizinische Elektrizität in der Unfallheilkunde; b) Radioskopie und Radiographie mittelst der statischen Maschine. Dr. Walter (Hamburg): Ueber Röntgen-Stereoskope. Dessauer (Aschaffenburg): Eine neue Röntgenröhre. Dr. D'Arman (Venedig): Ueber die beste Abstufungsmethode

der Spulen in der Radiographie. Espina y Capo (Madrid): Ueber klinische Negatoskopie. Dr. Sudnik (Buenos Ayres): Die Entladung der Kondensatoren in der Elektrodiagnostik.

Zur Klarstellung.

Ein Herr Dr. Franz Müller, der sich mit Morphiumentziehungen befasst, und den Herren Kollegen wohl durch seine skrupellosen Reklamen*) nicht unbekannt ist, hat vor Kurzem als Beilage zum ärztlichen Centralanzeiger eine Broschüre herumgeschickt, in der er eine Aeusserung von mir über die von Herrn Dr. Emmerich-Baden geübte Art der Entziehung reproduziert. Es könnte der Anschein erweckt werden, als ob ich irgendwie mit der „Methode" des Herrn Müller sympathisierte. Ich bemerke deshalb, dass damals der „Entziehungsschwindel", wie er jetzt so üppig ins Kraut schiesst, noch nicht existierte. Die Herren Müller, Fromme, Martin etc. etc. heilten noch nicht ohne alle Qualen in 20 und weniger Tagen unter Anwendung von Tränkchen zweifelhafter Güte und Provenienz. Ich würde sonst wohl für diese Herren Worte noch schärferer Kritik gefunden haben, als ich sie seiner Zeit für Herrn Emmerich hatte. Dr. C. Fürer (Haus Rockenau).

Den vorstehenden Aeusserungen des Herrn Kollegen Fürer schliesse ich mich vollständig an. Professor Kraepelin (Heidelberg).

Das Referat, das A. Hoche in der XXVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden erstattete (s. dieses Centralbl. 1902, S. 453), ist als Abhandlung mit dem Titel: „Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie" bei A. Hirschwald, Berlin erschienen. Der Versammlungsbericht selbst, der auch die Einzelheiten der Diskussion enthält, wird im ersten Heft des 36. Bandes des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten veröffentlicht werden. G.

Unter dem Titel: „Nervosität und Kunstgenuss" hat Willy Hellpach in der „Zukunft" (Nr. 29 und 30) einen Aufsatz veröffentlicht, in dem er die mannigfachen Beziehungen zwischen moderner Nervosität und der Kunst klarzulegen versucht. Wer sich für solche Fragen interessiert, möge nicht versäumen, die interessanten Ausführungen Hellpach's zu lesen. G.

Bei C. F. W. Vogel in Leipzig erscheint zur Zeit ein grosses Werk: Encyclopädie der Augenheilkunde, herausgegeben von Professor O. Schwarz in Leipzig. Die Anordnung des Stoffes ist alphabetisch. 14 Lieferungen à 2 M. Die Ausstattung ist sehr gut. Das Nachschlagewerk wird auch neurologischen Kreisen gute Dienste thun. G.

*) Vergl. auch dieses Centralbl. 1900, S. 127. Die Redaktion.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Berlin SW. 46 und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die **„Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik"**, herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) pro Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 September.** Neue Folge. XXI. Bd.

I. Originalien.

Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken.

Von Dr. med. **Herman Lundborg,** Upsala.

Seit der Zeit, als Kahlbaum seine berühmte Arbeit über die Katatonie schrieb, ist das Interesse für die sogenannten katatonischen Symptome (Negativismus, Stereotypie etc.) stetig gestiegen. Die Ansichten über die Natur dieser Phänomene sind indes noch sehr geteilt.

Es scheint jedoch, als ob man mehr oder weniger von der Anschauung abgekommen sei, dass sie nur die Folge oder der Ausdruck eines pathologisch-psychischen Zustandes seien.*)

Der Negativismus ist ganz gewiss kein einheitliches Symptom. Dass

*) Betreffs der Auffassung vieler Autoren von den motorischen Symptomen bei den Katatonikern siehe E. Arndt's vortrefflichen Aufsatz: „Ueber die Geschichte der Katatonie" im Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. (Febr. 1902).

verschiedene Phänomene, welche unter diesem Namen gehen, auf Hallucinationen und falschen Vorstellungen beruhen, ist wohl möglich, obgleich sie sich in den meisten Fällen nicht auf diese Weise erklären lassen. Die Katatonie ist wahrscheinlich eine Autointoxikations-Krankheit, d. h. es bilden sich bei diesen Kranken während des Stoffwechsels ein oder mehrere Giftstoffe, welche nicht nur auf das Nervensystem, sondern auch auf die gestreifte Muskulatur schädlich wirken. Die Reaktion der Muskeln wird hierdurch verändert und zwar in verschiedenem Grade für die verschiedenen Muskeln. Diese veränderte Reaktion, welche oft in verschiedener Weise konstatiert werden kann durch Erhöhung der mechanischen Reizbarkeit, durch die sog. idiomuskulären Kontraktionsphänomene, durch verringerte galvanische Reizbarkeit u. s. w., Symptome, welche besonders Ostermayer*) hervorhob, macht sich vielleicht am deutlichsten dadurch bemerkbar, dass gewisse Muskeln oder alle sich sozusagen weigern, dem Willen zu gehorchen. Es entsteht hierdurch bei den Patienten eine Unfähigkeit, sich frei und unbehindert zu bewegen. Es kommt zu steifen oder stereotypen Bewegungen, manchmal zu gar keinen, wie in gewissen stuporösen Zuständen, wo der Negativismus hochgradig ist. Diese Unfreiheit hinsichtlich der Bewegungen wird gewöhnlich grösser, wenn Patient beobachtet oder aufgefordert wird, eine bestimmte Bewegung auszuführen. Bei weniger negativistischen Patienten findet man nicht selten, dass sie versuchen, der Aufforderung nachzukommen, obgleich es nicht recht gelingen will; in hochgradigen Fällen ist eine solche Aufforderung genügend, erhöhten Muskeltonus nicht nur in den für die bestimmte Bewegung abgesehenen Muskeln, sondern auch in den umgebenden hervorzurufen, was zur Folge hat, dass keine Bewegung zustande kommt. Da diese Patienten meist nicht imstande sind, sich näher zu erklären, so ist es begreiflich, dass diese eigentümliche pathologische Reaktion, welche grosse Aehnlichkeit mit den Phänomenen bei an Myotonia congenita (Thomsen's Krankheit) leidenden Patienten hat, die ich in einer früheren Arbeit**) psycho-tonische Reaktion genannt habe, von manchem Forscher als Widerspenstigkeit von Seiten des Patienten aufgefasst worden ist. Dass dies in manchen Fällen so sein kann, ist natürlich nicht unmöglich.

Um zur Myotonia congenita zurückzukommen, so scheint es mir, als ob sozusagen Rudimente von Negativismus und Stereotypie bei Patienten dieser Art vorkommen.

Bevor ich daran gehe, näheres darüber zu berichten, will ich einige

---

*) Ostermayer: Katatonie. D. Arch. f. klin. Medizin. Bd. 48 (1890).

**) H. Lundborg: Ueber die Beziehungen der familiären Myoklonie zur Myotonia congenita. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1902.)

Aussprüche von Thomsen über die später nach ihm benannte Krankheit*) anführen. Er schreibt folgendermassen: „So erscheint die nosologische Stellung der Affektion an der Grenze der Psychosen, denn die Psyche hat einen wesentlichen Anteil daran, ja, ich möchte sie durchaus an die Psychosen anreihen auch aus dem Grunde, weil sie in mehreren Fällen, obwohl sonst eine grosse Konstanz in ihrer Form bewahrend, diese doch mehrfach gewechselt hat und in reine Seelenstörungen übergegangen ist, die ebenfalls eine grosse Uebereinstimmung in der Form ihrer Erscheinung zeigten, wo sie bei den verschiedensten Individuen und unter den verschiedensten Lebensverhältnissen auftreten."

„Die Vorstellung, der leiseste Gedanke daran ist mitunter imstande, eine absolute Unmöglichkeit zur freien Fortbewegung hervorzubringen, während Fernbleiben oder Ableitung der mahnenden Gedanken, heitere Stimmung, aber frei von jedem Affekt, dem Willen freie Bahn verleihen. In ersterem Falle wäre es um alle Schätze der Welt oder durch die äussersten Gewaltmassregeln nicht möglich, eine beabsichtigte Bewegung in beabsichtigter Weise auszuführen, und wäre diese scheinbar noch so leicht wie z. B. das Ergreifen einer Flasche in einer Tischgesellschaft und das Einschenken eines Glases Wein aus dieser."**)

„Soll dieser Akt unter solchen Umständen ausgeführt werden, so muss das Manöver auf Umwegen geschehen durch ungewöhnliche und unnatürliche Muskelkombinationen, deren für jeden Fall passendste erst durch ein gewisses Experimentieren erlernt sein will."**)

Thomsen hat in sehr befriedigender Weise über das Hauptsymptom bei dieser Krankheit berichtet, an der er selbst litt. Er legt selbst dem psychischen Momente eine grosse Bedeutung bei und ist der Ansicht, dass die Krankheit an der Grenze der Psychosen stehe. Er betont, wie unmöglich es ihm oft ist, besonders wenn er der Beobachtung ausgesetzt ist oder von jemand aufgefordert wird, eine bestimmte Bewegung oder Handlung auszuführen. Gerade das ist es, was ich als rudimentären Negativismus bezeichnen will.

Manchmal wird diese Krankheit erst während des Militärdienstes entdeckt. Derartige Patienten können dem Kommando nicht schnell genug gehorchen; sie werden als Simulanten oder als halsstarrige, widerstrebende Individuen betrachtet, obwohl mit Unrecht.

---

*) Thomsen: Tonische Krämpfe in willkürlich beweglichen Muskeln etc. (Arch. f. Psych. 1876, S. 705.)

**) Von mir kursiviert.

Der Negativismus bei Katatonikern ist eine einigermassen ähnliche Erscheinung, im allgemeinen ist er jedoch hier bei weitem mehr ausgesprochen. Ausserdem ist die Psyche dieser letzteren mehr erkrankt, so dass sie verhältnismässig selten zuverlässige Angaben über ihren eigenen Zustand machen können.

Der Negativismus ist, so aufgefasst, eine Art (psychisches) Unvermögen, eine gewollte Bewegung oder eine solche, die dem Betreffenden anbefohlen ist, auszuführen. Dies kann, glaube ich, eine Erklärung für die Hauptradikale im Symptom Negativismus bilden, der ganz gewiss in der ausgedehnten Bedeutung, in der das Wort gewöhnlich genommen wird, in einem Komplex von Phänomenen besteht.

Thomsen weist ferner darauf hin, wie schwer es z. B. ist, in einer Gesellschaft eine so einfache Bewegung auszuführen wie eine Weinkaraffe aufzuheben und sich daraus mit Wein zu versehen. Dies geht nicht auf gewöhnliche Weise, sondern muss auf Umwegen durch eine Menge „ungewöhnlicher und unnatürlicher Muskelkombinationen“ geschehen, die allmählich als die besten in dem gegebenen Falle gefunden worden sind.

Es ist ja klar, dass das Verfahren eines solchen Patienten dem scharfsinnigen Beobachter wenigstens steif und stereotyp erscheinen muss. Seine Bewegungsmöglichkeiten sind bedeutend beschränkt: er geht in einem gegebenen Falle stets auf dieselbe Weise, d. h. stereotyp zu wege. Und das ist es, was ich bei den Myotonikern als rudimentäre Stereotypie habe bezeichnen wollen. Völlig entwickelte Stereotypie in allen möglichen Nuancen findet man vorzugsweise bei den Katatonikern.

Will man eine genaue klinische Analyse des Negativismus zu machen suchen, so muss man intelligentere Katatoniker aufsuchen, deren Psyche verhältnismässig unberührt gelassen worden ist, trotzdem der Negativismus deutlich hervortritt. Die psychische Störung und der Negativismus gehen ja oft nicht parallel mit einander.

Ueber einen solchen, sehr instruktiven Fall, den ich in der Upsalaer Irrenanstalt beobachtet habe, will ich hier berichten.

Krankengeschichte.

M. W., 30 Jahre, Lehrerin. Die Grossmutter hatte Chorea, und eines von ihren Geschwistern war geisteskrank. Ein Bruder der Patientin hat Epilepsie; eine Schwester hat Chorea gehabt; eine andere Schwester war zur Pubertätszeit „nervenkrank“ und ist allmählich recht apathisch geworden (Hebephrenie).

Pat. hat eine gute Erziehung erhalten, hat die höhere Töchterschule und ein Lehrerinnenseminar durchgemacht. Später hat sie als Lehrerin gewirkt. Gut befähigt, lebhaft, von sanftem Gemüt. In gesunden Tagen soll sie onaniert haben. Im Jahre 1894, im Alter von 22 Jahren, begann sie sich

sonderbar zu zeigen, grübelte über Religion und litt an heftigem Kopfschmerz. Im darauffolgenden Jahre offenbar geisteskrank. Als Ursache wird unter anderem Ueberanstrengung bei der Arbeit angegeben. Schlaflosigkeit und allgemeine Kraftabnahme stellten sich ein. Auch litt sie an Wahnvorstellungen und Hallucinationen. Ende 1895 musste sie in eine Privatanstalt aufgenommen werden. Dort bekam sie an einem der ersten Tage „gleichsam einen Anfall", sie wurde ganz plötzlich kalt und steif. Die Umgebung glaubte, dass der Tod im Anzuge sei. Es wurden die ganze Nacht hindurch Belebungsversuche an ihr gemacht, bis die Kälte und Steifigkeit nachliessen. Darauf soll sie während einer längeren Zeit in einem stuporösen Zustand gelegen haben. Nach ungefähr einem halben Jahre konnte sie als „völlig wiederhergestellt" nach Hause zurückkehren. Im Februar 1897 verfiel sie wieder in einen stuporösen Zustand mit kataleptischen Symptomen, der einige Monate dauerte. Ueber ein Jahr lang musste sie mit der Sonde gefüttert werden. Während dieser Zeit liess sie die Exkremente oft ins Bett gehen. Im Frühjahr 1897 war sie ausser Bette und zuweilen im Freien. Oft verfiel sie noch in ihre Steifigkeit, besonders bei Ankunft des Arztes oder fremder Personen. Sie konnte dann stundenlang unbeweglich im Zimmer stehen, gewöhnlich gegen ein Möbel gestützt mit geschlossenen Augen ohne zu sprechen, noch zu antworten. Bisweilen liess sie dann den Harn in die Kleider. Der Zustand ist danach nahezu unverändert gewesen. Bisweilen hat sie jedoch recht lebhaft sein und sich für andere interessieren können. Verschiedene stereotype oder inhaltslose Wörter wandte sie an. Eigensinnig, doch nicht heftig. Seit Anfang 1897 war sie wahrscheinlich nicht mehr menstruiert.

Status präsens, den 8. 11. 1899.

Das Gesicht sieht eigentümlich aus mit der niedrigen gerunzelten Stirn. Miene steif und ausdruckslos. Augenlider geschlossen, zeigen lebhafte Zuckungen. Beim Versuch sie zu öffnen, gelingt es jedoch nicht, die Pupillen zu sehen, weil die Augen stark aufwärts gerichtet sind. Atmung unregelmässig. Pat. steht steif und unbeweglich mit „zurückgezogenem" Kopf, die Arme krampfhaft über die Brust gebogen; die festgeschlossenen Finger umfassen ein paar Zwiebackstücke. Sie spricht nicht in Gegenwart des Arztes, soll aber mit der Wärterin und der Mutter sprechen. Nach deren Aussage soll sie alles wissen, was um sie herum vorgeht und ein ziemlich gutes Gedächtnis haben. Gehörshallucinationen, wahrscheinlich auch Gesichtshallucinationen. Wenn sie nicht so steif ist, kommen die Bewegungen stoss- und ruckweise.

Status präsens, den 22. 5. 1900.

Mager und blass. In somatischer Hinsicht sonst nichts zu bemerken. Pat. hat sich seit der Aufnahme in einem Zustande von Steifigkeit befunden. Im Tageszimmer steht und geht sie in Zwangshaltung umher. Die Augen sind gewöhnlich geschlossen. Wenn man sie ganz in Frieden lässt, kann sie dieselben bisweilen doch öffnen und die umgebenden Personen betrachten. Zur Dienerschaft sagt sie ab und zu einige Worte, so z. B. bat sie gestern Abend, nicht Abendbrot essen zu brauchen und anstatt dessen sofort zu Bett gehen zu dürfen; bei einer anderen Gelegenheit bat sie, dass die Wärterin an ihre Mutter schreiben möchte, dass alle nett gegen sie wären. Zu den Aerzten sagt sie nie etwas. Auf Geheiss der Wärterin steht sie morgens selbst auf

und geht abends zu Bett, muss aber an- und ausgezogen werden, ebenso muss man sie zwingen zu essen. Sie ist sauber.

Bei der Untersuchung liegt sie zu Bett mit starrem Gesichtsausdruck, gerunzelter Stirn und gesenkten, zitternden Augenlidern; den Kopf hält sie aufgehoben, beide Arme ad maximum flektiert, den linken in Adduktions-, den rechten in Abduktionsstellung. Beim Versuch, diese Haltung zu verändern, stösst man auf Widerstand, welcher jedoch allmählich ruckweise nachlässt. Auf Geheiss, die eine oder andere Bewegung auszuführen, reagiert sie anfangs nicht; wenn dies aber mehrfach wiederholt wird, so fängt sie an, eine gewisse Muskelunruhe zu zeigen, allgemeine kleine Zuckungen zu machen und führt stossweise eine Bewegung aus, welche, wenn sie auch nicht immer mit der vorgeschriebenen ganz identisch ist, doch stets ähnlicher Art ist. Wenn z. B. der Untersucher sie bittet, ihm die Hand zu reichen, so nähert sie dieselbe gleichsam in Absätzen, und es gelingt ihr für einen kurzen Moment, dieselbe an die des Untersuchers zu bringen. Im nächsten Augenblick ist sie in die ursprüngliche Zwangsstellung zurückgesprungen. Wenn sich der Untersucher mit ihr beschäftigt, ist sie viel steifer, als wenn er (während des Niederschreibens seiner Beobachtungen) sie sich selbst überlässt. Pat. kann dann einige spontane Bewegungen ausführen (z. B. die eine Hand über das Gesicht führen, an den Nägeln kauen, husten u. s. w.). Keine Katalepsie. Keine hysterischen Stigmata.

Den 26. 1. 1902. Pat. ist im grossen und ganzen unverändert. Sie hat heute einen langen Brief an die Oberwärterin geschrieben, der von recht guter Auffassung zeugt. Aus diesem Briefe — dem einzigen, den sie während ihres hiesigen Aufenthaltes geschrieben hat — sei folgendes angeführt: „Ich bin so müde und schwach und hätte darum bitten sollen“ (zu Bette zu liegen, wenn sie es wünschte) „und doch ist meine Bitte Nr. 1 — lasst mich sobald wie möglich in eine andere Abteilung der Krankenanstalt kommen. Hier scheint es mir ungefähr so zu sein, wie man sich denken kann, dass es in Pauvres Honteux ist oder in einem Altenheim oder Ruheheim oder einer Anstalt für Alte und Arbeitsunfähige, und ich finde, dass es dort gut sein könnte, wo ein wenig mehr Aufsicht ist. . . . Darf ich um Verzeihung bitten, dass in diesen Zeilen soviel Breite und Umständlichkeit vorgekommen ist und dass es soviele Zeilen geworden sind. . . . Sie sind gewiss alle meiner müde und wären froh, wenn ich von hier wegkäme.“

Den 1. 6. 1902. Vor kurzer Zeit wurde der Versuch eines Gespräches mit der Patientin gemacht. Sobald ich mich ihr nahe oder sie anrede, nimmt sie eine steife Stellung mit gestreckten Armen, geballten Händen und geschlossenen Augen ein. Sie versucht sich wegzuziehen, bewegt sich aber ungeschickt. Pat. antwortete kein Wort auf Fragen, gab aber bisweilen ihre Meinung durch eine Gebärde, ein Nicken mit dem Kopfe u. s. w. zu erkennen. Pat. soll einer vertrauten Leidensgenossin gegenüber bedauert haben, dass sie dem Arzte nicht habe antworten können, obgleich sie es so gern gewollt hätte. Es sind keine Stimmen, die ihr zu antworten verbieten. Sie hat gesagt, dass es „im Herzen sticht und in ihr heraufsteigt, so dass alles verschwindet.“ Pat. gefällt es gut. Sie will gern in eine schlechtere Abteilung kommen, weil sie glaubt, dass sie dort mehr nach ihren Neigungen die Kleider abreissen und nackend

gehen kann. — Ein Weihnachtsgeschenk, ein Buch, das sie vom Vater erhalten, hat sie noch garnicht ausgepackt. Pat. ist sauber; sie kann nicht beschäftigt werden.

Man wird nicht gerade häufig Fälle antreffen, welche diesem völlig analog sind. Solche, welche mehr oder weniger an diesen erinnern, findet man indes in den meisten grösseren Anstalten.

Es handelt sich hier um eine 30jährige Lehrerin, welche erblich belastet ist. Nach Ueberanstrengung in der Arbeit begann sie im Alter von 22 Jahren wunderlich, grübelnd, schlaflos zu werden. Hallucinationen und Wahnvorstellungen traten hinzu. Im Jahre darauf erhielt sie ganz plötzlich einen Anfall von Totenstarre. Nachdem sie sich etwas erholt hatte, lag sie mehrere Monate in einem stuporosen Zustande. Unsauber. Dann trat Besserung ein, die ein halbes Jahr dauerte. Verschlechterung. Allmählich ist sie etwas besser geworden, hat sich aber nun mehrere Jahre hindurch ungefähr gleich befunden.

Dieser ganze Entwicklungsverlauf spricht mit aller Deutlichkeit dafür, dass bei der Kranken die katatonische Form einer Dementia präcox vorliegt. Ihr gegenwärtiger Zustand bietet viele sehr interessante Züge dar. Zuerst will ich ihre Unfähigkeit erwähnen, gewissen Personen, besonders den Aerzten gegenüber natürlich aufzutreten. Während sie mit Leidensgenossen und Wärterinnen recht unbehindert spricht, gelingt ihr dies nicht, sobald sich der Arzt einfindet. Sie wird dann von Stummheit befallen, doch nicht genug damit, sie nimmt auch eine sehr stereotype und steife Körperstellung ein, die noch steifer wird, wenn man an ihr herummanipuliert. Patientin zeigt mit anderen Worten den Aerzten gegenüber Mutacismus, Negativismus und Stereotypie, während sie gegen die Mutter, die Pflegerinnen und Leidensgefährtinnen weit natürlicher ist. Patientin hat sich darüber beklagt, dass sie gegen die Aerzte nicht so sein könnte, wie sie wollte, da sie sie gern hätte. Sie hat ausdrücklich erklärt, dass es keine Stimmen sind, welche dies bewirken, sondern reine Unfähigkeit.

Ihren guten Willen, Fragen zu beantworten, zeigt sie auch durch Gebärden und durch Versuche, einer an sie gerichteten Aufforderung nachzukommen und so oder so zu thun. Dergleichen Versuche erfolgen stossweise.

Die Psyche der Patientin ist recht gut erhalten; dies zeigt unter anderm ihr Brief an die Oberwärterin. Eine gewisse Umständlichkeit und Stereotypie in der Ausdrucksweise kommen zwar vor, trotzdem aber verrät sich eine gute Auffassung und ein nicht so übles Urteil. Patientin ist jedoch ganz ausgesprochen apathisch.

Das augenfälligste Krankheitssymptom bei der Patientin ist, wie bereits erwähnt, ihre Unfähigkeit, sich in Gegenwart gewisser Personen frei zu bewegen. Die Muskulatur gehorcht dem Willen nicht.

Gerade das ist es, was in so hohem Grade an die psychotonische Reaktion bei den Myotonikern erinnert. Thomsen's malende Beschreibung, wie er bei ähnlichen Gelegenheiten empfindet und reagiert, hat meine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, dass ähnliche Reaktionen auch bei den Katatonikern (obgleich in stärker ausgesprochener Weise) vorkommen und dort als Negativismus (Mutacismus) Stereotypie u. s. w. bezeichnet werden.

Wenn diese meine klinische Analyse richtig ist, so dürfte die Bezeichnung Negativismus nicht so ganz geeignet sein, weil sie insofern irreführt, als man leicht dazu gebracht wird, solche Patienten als aktiv widerspenstig aufzufassen, was sie oft gar nicht sind.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 12. Mai 1902.

Von **Dr. Max Edel**-Charlottenburg.

Vor der Tagesordnung:

216) **Toby Cohn:** Demonstration eines Falles von Raynaud'schem Symptomenkomplex mit Sklerodermie. (Autoreferat.)

43 jährige Patientin der Mendel'schen Poliklinik, deren Vater an Krämpfen gestorben ist; vier Partus, ein Abort; sämtliche Kinder sind tot. Vor sieben Jahren Beginn der Erkrankung aus unbekannter Ursache mit Schmerzen und Kribbeln in beiden Händen, die, besonders bei Kälte und Nässe, abwechselnd blau und weiss wurden. Unter Geschwürsbildung und starken Schmerzen Verlust der Endteile des rechten Zeige- und Mittelfingers, sowie des linken Zeigefingers. Seit ein bis zwei Jahren die gleichen Symptome auch an den Füssen, gleichfalls mit Geschwürsbildung. Seit etwa zwei Jahren an Armen, Beinen und im Gesicht Spannungsgefühl, seit drei Jahren Magenbeschwerden, in letzter Zeit Kopfweh und Schwindel. Objektiv geringe Differenz der Pupillen, lebhafte Patellarreflexe, schwache Herzthätigkeit, kleiner Puls und Kombination des Raynaud'schen Symptomenkomplexes mit Sklerodermie in ungewöhnlicher Ausgeprägtheit. Die Veränderungen der letzteren sind am stärksten an den Füssen und Unterschenkeln; die Haut ist hier allgemein verdickt, speckig glänzend, fühlt sich hart an, Falten sind schwer abzuheben, ferner am Rücken oberhalb des linken Darmbeinkammes, an beiden Händen und den Streckseiten der Vorderarme; einzelne Plaques am Gesicht (tiefe sklerodermische Einziehung an der rechten Schläfe, Spannung der Haut um

den Mund und unterhalb des Kinns); auch die Aussenseiten der Oberschenkel zeigen Infiltration der Haut. Am ganzen Körper abnorme Pigmentierungen (hell bis dunkelbraun), besonders in der Schultergegend, am Rücken, sowie an oberen und unteren Extremitäten. Finger livide, Endphalangen teilweise leichenblass, besonders die Nägel. Die Endphalangen beider Zeige- und des rechten Mittelfingers sind verstümmelt, die Nägel verkrüppelt. An einzelnen Interphalangealgelenken der Finger Ankylosierungen, teils in Streckstellung, teils in leichter Beugung; passive Bewegungen schmerzhaft. An den Füssen Steifigkeit, besonders in den Sprunggelenken, dementsprechend ist der Gang steif und geschieht vorwiegend auf den Hacken; passive Bewegungen schmerzhaft. Die Gegend der Malleolen und zu beiden Seiten der Achillessehnen ist geschwollen. An der linken Grosszehe (plantar) und der rechten kleinen Zehe (dorsal) unweit ihres Basalteils je ein kleines röhrenförmiges, secernierendes Geschwür (aus einer kleinen Eiterblase entstanden). Zehenhaut marmoriert, vorwiegend livide oder leichenblass, ebenso die Haut des Fussrückens, dazwischen pigmentierte, gerötete oder normale Stellen. Die Nägel sind weiss. Die Sensibilität ist für alle Qualitäten normal, nirgends sind Atrophieen oder Paresen, nur sind die Hand- und Fussbewegungen, sowie die der Füsse und Zehen schmerzhaft und von geringer Exkursion. Elektrisch keine Veränderungen, weder in Bezug auf die Reaktion der Muskeln, noch auf den Leitungswiderstand.

Die Kombination der genannten Affektionen ist nicht selten; Cassirer hat eine grosse Reihe solcher Fälle zusammengestellt; selten sind aber Fälle, wo bei einer Person ausser Sklerodermie und den vasomotorischen Störungen der lokalen Asphyxie und lokalen Synkope auch, wie bei dem vorgestellten Falle, symmetrische Gangrän besteht.

Oppenheim frägt, ob therapeutische Versuche mit Thiosinamin gemacht worden sind.

Cohn erwidert, dass solche in Aussicht genommen sind.

Laehr erkundigt sich nach vereinzelten anästhetischen Plaques der Haut und Verdickungen der Nervenstämme.

Cohn hat darauf geachtet, aber nichts Lepraverdächtiges gefunden.

Tagesordnung:

217) **Bloch:** Krankenvorstellung. (Autoreferat.)

M. Bloch stellt eine 57jährige Patientin vor, die am 6. Januar d. J. die Mendel'sche Poliklinik aufsuchte. Pat. war früher nicht erheblich krank, stammt aus gesunder Familie. Der Mann der Pat. ist vor ca. acht Jahren an Paralyse gestorben; sie hat viermal geboren, von ihren Kindern leben drei. Seit zehn Jahren, wie Pat. glaubt infolge heftigen Schrecks über die plötzliche geistige Erkrankung ihres Mannes, bestehen starke Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte, in der ganzen Zeit fast ununterbrochen, nur hin und wieder Pausen von einigen Tagen. Im übrigen hat Pat. keine Klagen. Die Untersuchung ergiebt bei der, im übrigen abgesehen von leichter Anämie, völlig gesunden Pat. einen typischen Tic convulsif im Gebiet des ganzen r. Facialis. Der Facialis ist an seiner Austrittsstelle stark druckempfindlich; Druck auf denselben vermehrt die Intensität der Zuckungen ganz erheblich. Pat. wurde zuerst mit Galvanisation und innerlicher Verabreichung von Brompräparaten u. dergl. behandelt und zwar etwa acht Wochen lang, aber ohne jeden Erfolg.

Es wurden dann Injektionen einer Lösung von Antipyrin mit Aqua dest. zu gleichen Teilen gemacht, jedesmal eine ganze Spritze. Schon nach der zweiten Injektion Nachlassen der Zuckungen, die nach der vierten Injektion völlig verschwanden, d. h. also seit Ende Februar. Jedesmal nach der in der Parotisgegend gemachten Injektion trat daselbst eine ziemlich erhebliche Schwellung auf, und es wurde mit der neuen Injektion bis zum mehr oder weniger völligen Verschwinden der Schwellung gewartet. Wöchentlich zwei bis drei Injektionen. Am 15. März wurde eine Parese im Gebiet des oberen Facialis konstatiert, gleichzeitig klagte Pat. über taubes Gefühl in der Wange; es bestand daselbst deutliche Hypästhesie. Die elektrische Erregbarkeit, anfangs normal, zeigt jetzt EaR im M. frontalis, M. corrugator supercilii und M. orbicularis oculi. Im Gebiet des unteren und mittleren Facialis normale elektrische Erregbarkeit, vielleicht ganz geringe quantitative Herabsetzung. Vortr. demonstriert die Lähmung im Gebiet des Stirnfacialis, die hauptsächlich den Frontalis und Corrugator betrifft, während der Orbicularis oculi nur leichte Parese zeigt, und weist auf die völlig normale Funktion im mittleren und unteren Facialisgebiet hin.

Der Tic ist bis heute fortgeblieben, nur am 2. und 4. Mai hat Pat. ganz geringe Zuckungen von momentaner Dauer beobachtet.

Der Fall bietet in mehrfacher Hinsicht Interesse: In therapeutischer Beziehung, da die auch sonst schon konstatierte krampfstillende Wirkung des Antipyrins hier einen beachtenswerten Heilerfolg zuwege gebracht hat, auch in dem Gebiet des Nerven, das keine Lähmungserscheinungen erkennen lässt. Die Lähmung ist wohl als mechanisch bedingt anzusehen; Vortr. stellt sich den Hergang so vor, dass das schwer lösliche Antipyrin an Ort und Stelle der Injektion ein Depot gebildet hat, das einen Druck auf den Nerven ausgeübt und dadurch die Lähmung herbeigeführt hat. Auffallend bleibt dabei — und das ist das dritte interessante Moment —, dass die Schädlichkeit, die hier eigentlich alle drei Aeste des Nerven (in der Gegend des Pes anserinus major) treffen musste, nur die Rami temporo-frontales affiziert hat. Insofern stellt der Fall einen interessanten Beitrag zu dem Kapitel der überhaupt nicht allzuhäufigen partiellen Lähmungen des Facialis dar, interessant aus dem eben genannten Grunde, weil die den ganzen Nerven treffende Schädlichkeit nur einzelne Aeste desselben geschädigt hat.

Die Lähmung ist in eine gewisse Parallele zu bringen mit den nach Dehnung des Facialis bei Tic convulsif beobachteten Fällen von Lähmung, die von Bernhardt in seinem Lehrbuch angeführt sind. Die Prognose bezüglich des Ausbleibens des Tic wird mit Vorsicht zu stellen sein mit Rücksicht auf die von Bernhardt citierte Beobachtung, wo in dem infolge von Dehnung schwergelähmten Facialis zehn Monate nach eingetretener Heilung der Lähmung die Zuckungen, wenn auch sehr vermindert, von neuem auftraten.

Bernhardt hält eine vorsichtige Stellung der Prognose auch für angezeigt und führt ein eklatantes Beispiel für das Ausbleiben des Facialiskrampfes nach Eintritt einer Facialislähmung an, eine günstige Wirkung, welche auch nach Heilung der Lähmung bestehen blieb. Partielle Lähmungen im Facialis kommen ausser nach Operationen auch nicht selten bei rheumatischen Lähmungen vor. Kennedy habe bei Tic convulsif den Facialis durchschnitten und sein peripheres Ende mit dem Accessorius verbunden, wonach sich die Facialislähmung besserte und der Krampf aufhörte, bei Erheben des Armes aber interessanter Weise Muskelkontraktionen im Facialis zu bemerken waren.

Remak hält ebenfalls partielle Facialislähmungen für nicht so selten; vielleicht habe die Paralyse in dem vorgestellten Falle nicht auf mechanischer, sondern auf toxischer Ursache beruht. (Antipyrin.)

Bloch hat eine derartige toxische Wirkung des Antipyrins in der Litteratur nicht beschrieben gefunden und betont, dass die den ganzen Nerven treffende Schädigung nur den oberen Ast affiziert hat.

218) **Henneberg**: Hirntumor und Taboparalyse. (Autoreferat.)

Ein Bruder der 44jährigen Patientin, einer Schlächtersfrau, leidet an Dementia paralytica, der Mann seit sieben Jahren an Tabes. Eine syphilitische Infektion wird von letzterem in Abrede gestellt. Patientin war bis vor 13 Jahren gesund, erblindete damals im Laufe von 1 Jahr völlig ohne Auftreten weiterer cerebraler Symptome. Kein Potus und Abort. Seit 10 Jahren litt Patientin an Uterusmyom. Erst in den letzten Monaten Anzeichen von geistiger Störung, zuletzt rasche Verblödung.

Aufnahmebefund: Amaurose, Opticusatrophie, Pupillenstarre, Abducens- und Facialisschwäche beiderseits, paralytische Sprachstörung, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Beugung der Zehen beim Streichen der Fusssohle, mässiger Grad von Ataxie der unteren Extremitäten, Demenz, Apathie, profuse Uterusblutungen. Tod infolge von Herzschwäche.

Sektionsbefund: Atrophie der Stirnwindungen und der Optici, im Lumbalmark Degeneration der mittleren Wurzelzonen, im Dorsalmark Mförmige Degenerationsfigur, im Cervikalmark geringe Degeneration der Goll'schen Stränge. Leichte Degeneration der Pyramidenstränge. In der Mitte zwischen beiden foram. opt. auf dem Tuberculum sellae turcicae ein über kirschkerngrosser, runder, harter, glatter, weisser, von der Dura ausgehender fibröser Tumor, der das Chiasma stark komprimiert hat.

Vortragender bespricht das Vorkommen schwerer Hinterstrangsdegenerationen bei Hirntumor (Demonstration von Rückenmarkspräparaten zweier derartiger Fälle), die sich wesentlich von den bei Taboparalyse sich vorfindenden unterscheiden. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von Taboparalyse und Tumor, der die Blindheit bedingte. Eine Diagnose des letzteren war unmöglich.

219) **Jolly**: Vorstellung von zwei Fällen von Paralysis agitans.

Der erste Fall betrifft einen 32jährigen Mann, welcher vor zwei Jahren mit Kreuzschmerzen erkrankte, typische Haltung, Starre, geringen Tremor, Propulsion, starke Retropulsion und eine undeutliche, fast bulbäre Sprache darbietet. Die engen Pupillen reagieren schlecht, die Kniesehnenreflexe sind gesteigert, Fussklonus ist vorhanden, links Babinsky, kein Intentionszittern. Stimmung euphorisch; auf geringe Veranlassung unbezwingliches Lachen. J. nimmt an, dass es sich um eine Komplikation von Paralysis agitans mit multipler Sklerose handelt.

Der zweite Fall, ein 54jähriger Mann, mit typischen Symptomen der Paralysis agitans, hat ein halbes Jahr vor Beginn der Krankheit einen heftigen Schlag mit einer Deichsel gegen das rechte Bein erhalten, so dass er über dieselbe hinwegfiel und eine Kontusion des Beins erlitt. Nach 14 Tagen Heilung und Wiederaufnahme der Arbeit. Nach einem halben Jahr Zittern zuerst im rechten

Bein, dann im linken und später in den Armen. Zwei Jahre nachher Arbeitsunfähigkeit. Nach mehrfachen Begutachtungen ist Pat. jetzt zu einer solchen in der Charité auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes. J. betont, dass das Auftreten der ersten Krankheitszeichen in dem vom Trauma befallenen Körperteil und ein gewisser zeitlicher Zusammenhang in dem vorgestellten Falle zutreffen und dass beide Momente die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Paralysis agitans wahrscheinlich machen. Das Trauma könne die Erkrankung ausgelöst haben, während dieselbe im allgemeinen durch innere Ursachen, die durch das Lebensalter gegebene Disposition, vielleicht auch hereditäre Momente, hervorgerufen würde.

Oppenheim ist bezüglich der Diagnose des ersten Falles, namentlich wegen der spastischen Symptome, derselben Ansicht wie der Vortr., hält aber die Sprachstörung wegen Schwäche und Mangel der Modulation für eine der Schüttellähmung eigentümliche. Bruns habe bei der Paralysis agitans Sprachstörungen beobachtet, die der bulbären ähnelten. Zwangslachen komme dabei wohl nicht vor. Die Sprachstörung beruhe möglicherweise auf Spasmen der Sprachmuskulatur.

Remak hat eine solche Sprachstörung bei Paralysis agitans nicht gesehen und möchte sie auf die komplizierende organische Affektion beziehen, welche möglicherweise eine amyotrophische Lateralsklerose wäre. Er fragt nach den Sehnenphänomenen an den oberen Extremitäten, nach dem Masseterphänomen und der Funktion der Schlingmuskulatur.

Bernhardt will die Sprachstörung auf eine Rindenläsion ähnlich wie bei Pseudobulbärparalyse bezogen wissen und hat Zwangslachen bei Paralysis agitans einmal beobachtet.

Jolly antwortet, dass die Sehnenreflexe an den Armen nicht gesteigert sind und keine Schluckstörung besteht. Bezüglich der Sprachstörung hält er einen höheren Grad der bei Paralysis agitans öfter beobachteten Veränderungen der normalen Sprache für möglicherweise vorliegend. Multiple Rindenerweichungsherde seien auch nicht ausgeschlossen. Am wahrscheinlichsten wäre aber die Komplikation mit multipler Sklerose, worauf er dann die eigentümliche Sprache beziehen möchte.

Sitzung vom 9. Juni 1902.

220) **K. Mendel**: Kurze Demonstration. (Autoreferat.)

Kurt Mendel demonstriert an einem Fall von infantilem Myxödem die günstige Wirkung der Organtherapie.

Die kleine Patientin, welche Vortr. vorstellt, wurde gerade vor einem Jahre — damals $7^1/_2$ Jahre alt — in die Prof. Mendel'sche Klinik aufgenommen und bot das typische Bild des Myxödems. In anamnestischer Beziehung ist erwähnenswert, dass die Mutter einen starken Kropf hat, ebenso eine Tante und Grosstante mütterlicherseits. Seit dem dritten Lebensjahre soll das Wachstum bei der Pat. völlig aufgehört haben.

Pat. erhielt in der Klinik Thyreoidintabletten, zunächst 0,1 pro die, ansteigend bis 0,3. Unangenehme Nebenwirkungen traten nie auf, vielmehr nahm die Besserung stetig und in auffallendem Maasse zu. Pat. ist jetzt $8^1/_2$ Jahr

alt. Sie ist bedeutend lebhafter und reger geworden, ihr Gesichtsausdruck ist ein völlig anderer und kindlicherer, bereits ein viertel Jahr nach Beginn der Kur zeigten sich zwei neue Schneidezähne am Unterkiefer, die Haare wurden bedeutend stärker und dichter, der Leibumfang nahm während der einjährigen Behandlung um $4^1/_2$ Centimeter ab, die Zunahme der Körpergrösse betrug während dieser Zeit gerade 10 cm (94 cm jetzt gegen 84 cm vor einem Jahre).

Besonders deutlich zeigt sich aber die Besserung an den Röntgenbildern. Es wurden von Herrn Dr. Levy-Dorn zwei Aufnahmen gemacht, die erste Ende Juni 1901, die zweite Anfang Mai 1902, demnach mit einem Zwischenraum von zehn Monaten.

Während nun das Röntgenbild der ersten Aufnahme demjenigen eines drei Jahre alten Kindes entspricht, entspricht das zehn Monate später angefertigte Photogramm bereits einem sieben Jahre alten Kinde.

Sämtliche Knochen sind auf dem späteren Bilde an Länge und Dicke bedeutend stärker entwickelt als auf dem früheren. Als neu hinzugekommen sind deutlich sichtbar: an der Hand die Epiphysen der letzten Phalangen (mit Ausnahme derjenigen des Daumens, die schon auf dem ersten Bilde sichtbar ist), das Os lunatum und multangulum minus (von denen auf dem ersten Bilde keine Spur ist), die Epiphyse der Ulna; — auf dem Kniebilde ist als neu hinzugekommen erkennbar: die Patella (auf dem ersten Bilde keine Spur von Schatten, auf dem zweiten Bilde sehr deutliche Patella sichtbar), ferner die Epiphyse der Fibula; die Epiphysen des Femur und der Tibia sind um vieles grösser geworden; am Fussbilde ist neu hinzugekommen die Epiphyse des Metatarsus V, bedeutend stärker entwickelt erscheint die Epiphyse der Fibula. Auch auf diesem Bilde sind sämtliche Knochen um vieles grösser und stärker entwickelt als auf dem gleichen, vor einem Jahre aufgenommenen Photogramm.

221) **Liepmann**: Ueber Apraxie, mit Demonstration des makroskop. Gehirnbefundes des im März 1900 vorgestellten einseitig Apraktischen, sowie eines zweiten Falles von Apraxie. (Autoreferat.)

(Der Vortrag erscheint an anderer Stelle in extenso.)

Liepmann erinnert an das Bild, das der Kranke, Regierungsrat T., geboten hatte und erörtert im Anschluss daran die Begriffe der Apraxie im alten Sinne, der Ataxie, der Seelenlähmung (Bleuler, Bruns, Oppenheim), der Seelenlähmung im Nothnagel'schen Sinne.

Der Kranke war nach der Auffassung des Vortr. nicht apraktisch im alten Sinne des Wortes (= agnostisch = asymbolisch); d. h. er gebrauchte die Gegenstände nicht verkehrt, weil er sie verkannte oder die Aufforderung nicht verstand. Er war apraktisch trotz erhaltenen Erkennens und Verstehens. Vortr. hatte daher die Erwartung, dass die Hinterhaupts- und Schläfenlappen im Wesentlichen intakt seien. (Sitz der Apraxie im alten Sinne.)

Der Kranke war auch nicht nennenswert ataktisch. Ataxie betrifft die elementare Koordination der Bewegungen. Die bei der Apraxie vernichtete Fähigkeit ist dieser übergeordnet; bei der Apraxie ist der Zweckcharakter der Bewegung verloren gegangen. Man hat den Eindruck, dass der Apraktische die Erinnerung an die betr. Zweckbewegung verloren hat, oder sie für die Innervation des Motoriums nicht verwerten kann.

Apraxie verhält sich zur Ataxie wie die aphasischen Störungen, insbesondere Paraphasie zur Artikulationsstörung. Ein Teil der Bewegungen des Apraktischen entsprechen der verbalen Paraphasie: eine in sich geordnete Zweckbewegung wird statt der verlangten gemacht — Bewegungsverwechselung: eine Zahnbürste wird etwa statt der Cigarre gebraucht, ein a statt eines e geschrieben. Dass der Regierungsrat nicht ataktisch war, beweist schon seine Schrift: er schrieb zwar falsche, aber zierliche Buchstaben. Ein anderer Teil der Bewegungen des Apraktischen entspricht der Kauderwälsch-Paraphasie, es sind verstümmelte Bewegungen, die kein Analogon unter den normalen Zweckbewegungen haben; z. B. bei der Aufforderung zum Faustmachen, Herumfuchteln in der Luft mit Fingerspreizen.

Die Seelenlähmung im Sinne von Bruns-Oppenheim darf nicht mit Apraxie verwechselt werden, wenn auch eine gewisse Dosis davon der Apraxie beigemischt sein kann. Seelenlähmung in diesem Sinne ist Erschwerung der willkürlichen Beweglichkeit; das betroffene Glied ist für gewöhnlich unbeweglich, wird aber auf starkes Zureden, und wenn ein gewisser Zwang ausgeübt wird, eupraktisch bewegt. Näher der Apraxie steht der Nothnagel'sche, leider durch kein Beispiel illustrierte Begriff der Seelenlähmung. Dem Seelengelähmten von Nothnagel ist „der Arm unter gewissen Bedingungen z. B. bei geschlossenen Augen zum unbrauchbaren Instrument geworden.“ Dem Apraktischen ist er es unter allen Bedingungen.

Der Nothnagel'sche Begriff rechnet auch mit dem ausschliesslichen Verlust der kinästhetischen Vorstellungen; bei der Apraxie dürfte es sich um eine komplexere Störung handeln.

Apraxie ist, wenn man Paradoxe liebt, die Aphasie der Extremitätenmuskeln, wobei dieselben Varietäten vorkommen dürften, wie sie die Aphasie in ihren verschiedenen Formen aufweist.

L. berichtet nun über den weiteren Krankheitsverlauf im Falle T. Nach geringer Besserung im Sommer 1900 trat im Oktober ein neuer Schlaganfall auf, welcher die rechte Seite hemiplegisch machte. Unter Schmierkur schnelle Besserung, im Dezember sogar Wiederkehr einer sehr undeutlichen Sprache. Im Januar 1901 war die Sprache wieder verloren. Der Arm hatte sich wieder erholt, war aber jetzt ataktischer; das Bein blieb paretisch. Ende des Jahres 1901 wurde auch die linke Hand partiell apraktisch, im März 1902 dritter Schlaganfall mit totaler, diesmal linksseitiger Hemiplegie, von der sich Pat. nicht wieder erholte. Eine Pneumonie führte zu schnellem Exitus.

Vortr. demonstriert nun das in vier Stücke zerlegte Gehirn; er bemerkt, dass eine Kontrolle der Vorstellungen, die er sich im Einzelnen über das Zustandekommen des Krankheitsbildes gemacht habe, natürlich erst nach Zerlegung in Serienschnitte vorgenommen werden könne. Die grobe topische Diagnose lässt sich schon jetzt bestätigen.

L. hatte (s. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 8, S. 182) angenommen, dass die Centralwindungen, Schläfen- und Hinterhautslappen im wesentlichen verschont sein müssen, dagegen besonders das Mark des linken Gyr. supramarg. und oberes Scheitelläppchen, die Broca'sche Windung, und vielleicht die Insel betroffen sein müssen. In die Tiefe des linken Gyr. angularis könne der Herd wegen der fehlenden Hemianopie nicht dringen. Die

Einstrahlungen aus der anderen Hemisphäre seien vielleicht durch Balkenläsion, vielleicht durch einen kleineren annähernd symmetrischen Herd, den man auf der rechten Seite annehmen müsse, unterbrochen.

Gehirnbefund: Starke Arteriosklerose der grossen Hirnarterien, besonders der Basilar. und der linken Art. foss. Sylv.

Muldenförmige Einsenkung des linken gyr. supramargin. und oberen Scheitelläppchens. Die entsprechenden Windungen atrophisch, aber erhalten; unter ihnen eine grosse Cyste, deren hinteres Ende bis in das vordere Mark des Gyr. angular. reicht, aber die drei sagittalen Marklager verschont. Vordere Centralwindung ganz intakt, hintere Centralwindung bis auf einen oberflächlichen kleinen Plaque und eine Cyste von Linsengrösse anscheinend intakt. In der linken Insel eine schmale Cyste; die Broca'sche Windung sehr atrophisch, aber äusserlich frei. Im Mark des linken Stirnlappens bleistiftdicke Degeneration. Im rostrum des Balkens eine kleine Cyste, der ganze Balken sehr atrophisch.

In der rechten Hemisphäre fand sich der erwartete annähernd symmetrische kleinere Herd im Gyrus angularis, Rinde und Mark betreffend, und ein erbsengrosser Herd in der inneren Kapsel, vielleicht die Ursache der finalen linksseitigen Hemiplegie.

Zum Schluss stellt L. einen neuen Fall von Apraxie vor, der aber die Störungen in weniger ausgeprägter Weise zeigt, als der erste Fall. Immerhin ist der Kranke ausser stande, eine Menge alltäglicher Verrichtungen vorzunehmen. Zwar ist auch die rechte Seite mit betroffen, aber die linke sehr viel erheblicher. Er ist ausser stande, mit der linken Hand zu knipsen, zu ätschen, die Bewegung des Orgeldrehens u. Aehnl. vorzumachen. Soll er Ohr oder Nase zeigen, so zeigt er oft das Falsche. Dabei lässt sich das erhaltene Sprachverständnis erweisen, u. a. durch Benutzung des Umstandes, dass die Gesichtsmuskeln mindestens für synergische Bewegungen nicht apraktisch sind. Doppelhändig ist Pat. ausser stande, einen Knoten zu machen, einen Quirl zu gebrauchen, eine Geige zu spielen u. s. w.

Auf sprachlichem Gebiete Agrammatismus, leichter Grad von optischer Aphasie, zeitweise litterale Paraphasie, totale Agraphie und Alexie. Erkennen durch Tasten, partiell besonders zu Zeiten gestört, aber nicht aufgehoben, Lage- und Bewegungsempfindung besonders gestört. Keine Lähmungen.

L. nimmt auch hier doppelseitigen Scheitellappenherd an und zwar einen grösseren rechts, vermutlich wieder im Gyr. supramarg., einen kleineren links, vorwiegend im Gyr. angularis.

Der Agrammatismus ist vielleicht ein Rest einer früheren geringeren Schädigung des linken Schläfenlappens (der Insult ist sieben Jahre her) oder einer fast ausgeglichenen Störung des Broca'schen Centrums.

Vortr. ist der Ueberzeugung, dass manche apraktische Bewegung von älteren Autoren als Rindenataxie angesprochen, oder auf fehlendes Sprachverständnis bezogen wurde und dass sich unter den alten, als verblödet geführten Gehirnkranken bei näherer Prüfung manche Apraxie finden würde.

Oppenheim konzediert Herrn Liepmann, dass das, was derselbe Apraxie nennt, durchaus verschieden ist sowohl von der Ataxie als von Seelenlähmung, speziell im Bruns'schen Sinne. Aber Herr Liepmann sei ihm auf halben Wege entgegengekommen durch die Aeusserung, dass die Apraxie mit der Aphasie Aehnlichkeit besitze. Die Aphasie sei doch eine Art Seelen-

lähmung, wenigstens gäbe es Formen, die dieser gleich ständen. Wir kennen auch solche Formen von Aphasie, die darauf beruhen, dass zwar nicht die entsprechende Muskulatur kortikal gelähmt wird, sondern dass den motorischen beziehungsweise sensorischen Centren der Sprache nicht mehr aus den übrigen Centren der Rinde diejenigen Erregungen zuströmen, welche dieses Centrum in Thätigkeit versetzen. Herr Liepmann habe mit Recht die Apraxie mit der Paraphasie verglichen. Dafür, dass eine durchgreifende Differenz doch nicht vorliegt, mache er den Umstand geltend, dass als anatomische Grundlage für beide Bilder der Sitz der Erkrankung im Scheitellappen in den Gebieten angenommen wird, welche das motorische Centrum von andern Gebieten absperren. Es sei sehr zu bedauern, dass sich so ausserordentlich mannigfache Veränderungen in dem Falle des Herrn Liepmann fanden, speziell der hohe Grad der Arteriosclerose. Dadurch würde eine völlige Klarstellung des klinischen Falles durch die anatomische Untersuchung erschwert. Oppenheim giebt zu, dass zwischen der Apraxie und der Seelenlähmung gewisse Differenzen vorliegen, glaubt aber, dass diese vielleicht keine essentiellen und absoluten sind.

Liepmann: Wenn Herr Oppenheim die aphasischen Störungen Seelenlähmung nennen wolle, so könne er auch die Apraxie so nennen; nur wende er dann den Begriff der Seelenlähmung nicht in dem Bruns'schen, von ihm adoptierten Sinne an. Denn in diesem Sinne seien die Aphasischen nicht seelengelähmt.

Sogar der motorisch Aphasische macht Sprechversuche, innerviert also seine Sprachmuskeln, wenn er es auch nur zu unartikulierten Lauten bringt. Er ist andererseits durch kein Mittel, wie etwa Zureden, zur Produktion der gewünschten Sprachlaute zu bringen. Der Bruns'sche Seelengelähmte dagegen kann die Armmuskeln für gewöhnlich gar nicht innervieren; gelingt es, den Widerstand zu überwinden, so innerviert er sie richtig.

Eine Steigerung der Apraxie bis zur totalen Bewegungslosigkeit lässt sich ja theoretisch denken; sie würde dann dem Bild der seltenen stummen, motorisch Aphasischen entsprechen, praktisch wird man kaum damit zu rechnen haben, weil der Extremitätenregion von viel mehr Seiten Impulse zuströmen, als der Sprachmuskelregion, der ja die optische Regulierung ganz fehlt.

Alle weiteren Schlussfolgerungen müssen von der genaueren mikroskopischen Untersuchung abhängig gemacht werden.

222) **Oppenheim**: Krankendemonstration.

Oppenheim stellt eine 37jährige Frau vor, welche von subjektiven Beschwerden lancinierende Schmerzen, häufigen imperativen Harndrang, Unsicherheit bei Augenschluss, objektiv völligen Verlust der Sehnenphänomene, Hypästhesie und Analgesie an den Beinen, sowie tactile Anästhesie in der Gegend der linken Mamma darbietet; alles übrige verhält sich normal. Angesichts dieses Symptomenkomplexes trägt O. kein Bedenken an der Diagnose Tabes dorsalis. Das Eigenartige und Interessante an diesem Fall liege nicht in der Symptomatologie, sondern in der Entwicklung und im Verlauf. O. hat die Patientin 1884 als 18jähriges Mädchen in der Nervenklinik der Charité behandelt. Die damaligen Erscheinungen hatten ihn in hohem Maasse interessiert, so dass er sie sofort wieder erkannte, als sie 17 Jahre später zu ihm kam.

Damals hatte sie eine Reihe von subjektiven Beschwerden, die er als hysterische zu deuten geneigt gewesen wäre, wenn nicht damals die Sehnenphänomene gefehlt hätten. Dieser Umstand musste ihn und Westphal veranlassen, mit der Möglichkeit einer beginnenden Tabes dorsalis zu rechnen. Für diese Annahme sprach damals das Vorhandensein heftiger lancinierender Schmerzen, von Schwanken bei Augenschluss und von Gefühlsstörung. Für Westphal's damalige Auffassung von der Aetiologie der Erkrankung war es von Wert, dass Virginität festgestellt wurde, wie überhaupt Anzeichen von erworbener oder ererbter Syphilis fehlten. Sie trugen immerhin Bedenken, die Diagnose Tabes dorsalis zu stellen, weil sie an dem Vorkommen einer Tabes dorsalis in jugendlichem Alter zweifelten. Die Patientin hat sich inzwischen verheiratet, fünf gesunde Kinder bekommen und einmal im Anschluss an eine Gemütserregung abortiert. Sie giebt an, dass es ihr wesentlich besser gehe und dass die lancinierenden Schmerzen sich gemildert haben. Es ist kein neues Symptom hinzugetreten. Die Schwierigkeiten der Auffassung des Falles hätten jetzt eher zugenommen. Das klinische Bild, welches der Tabes dorsalis entspreche, sei ein alltägliches. Ungewöhnlich wäre das Auftreten in früher Jugend und zweitens der stationäre oder gar regressive Verlauf. Es frage sich, ob man gezwungen sei, die Diagnose Tabes dorsalis fallen zu lassen. Dem jugendlichen Auftreten gegenüber habe er sich skeptisch verhalten; inzwischen sei aber eine so grosse Anzahl dieser Fälle beschrieben worden und er selbst habe so oft das Krankheitsbild der Tabes in jugendlichem Alter zu beobachten Gelegenheit gehabt, dass er sich nicht mehr für berechtigt halte, an einer Tabes juvenilis zu zweifeln. Viel schwieriger sei mit dem eigentümlichen Verlauf zu rechnen. Wir wissen, dass die Tabes eine fortschreitende Krankheit ist. Er selbst habe auf Fälle von Tabes hingewiesen, die nicht aus dem ersten Stadium heraustraten, und inzwischen eine grosse Reihe von Erfahrungen dieser Art gemacht. Dieser Verlauf sei auch schon vielen bekannt geworden, vor allem habe in der jüngsten Zeit in der neurologischen Gesellschaft zu Paris Brissot einen Vortrag gehalten, in welchem er betonte, dass die benignen Fälle überwiegen und alle haben ihm zugestimmt. Nur bezüglich der Deutung dieser Thatsachen gehen die Meinungen auseinander. Während die einen die antisyphilitische Therapie dafür verantwortlich machten, meinten die andern, dass die frühere Erkennung der Tabes hierfür als Ursache anzusprechen sei. Wenn er auch bezüglich der Deutung mit der von den französischen Autoren gegebenen keineswegs übereinstimme, so meine er doch, dass wir heute auffallend viel Fälle von Tabes dorsalis sehen, in denen die Erkrankung entweder ausserordentlich langsam fortschreitet oder sehr lange stationär bleibt. Was die Deutung anlangt, so glaube er, dass die Nervenkrankheiten mit den Generationen Wandlungen erfahren, wie es auch speziell für die Dementia paralytica hervorgehoben sei. Er habe allen Grund, im Hinblick auf so ungewöhnliche Erscheinungen sich eine gewisse Reserve in der Beurteilung aufzuerlegen, dürfe aber an dem Auftreten im jugendlichen Alter und an dem stationären Verlauf keinen Anstoss nehmen und könne es wenigstens als wahrscheinlich hinstellen, dass es sich um einen Fall von juveniler benigner Tabes handelt. Zur Sicherheit fehle die anatomische Basis.

Bernhardt hat Fälle von Tabes gesehen, welche durchaus keinen progressiven und bösartigen Verlauf hatten. Zur Erklärung dafür legt er mit

französischen Autoren darauf Gewicht, dass das Leiden heute sehr viel früher und besser erkannt wird und dass infolgedessen von den Aerzten geeignetere Schutzmassregeln empfohlen werden als früher, da man von den Knie- und Pupillenphänomenen noch nichts wusste. Früher wurde verschiedenes erlaubt, was heute den betreffenden Kranken untersagt wird. Man könne sie zwar nicht heilen, aber eher schützen, als es in früherer Zeit möglich war.

Remak stimmt dem bei, und bemerkt, dass ihm Fälle vorgekommen sind, die sich viele Jahre lang ohne Verschlimmerung gehalten haben. Was den speziellen Fall betrifft, so wäre die Beobachtung noch vollständiger, wenn Vortr. über die Anfänge noch genaueres wüsste, ob damals schon die Möglichkeit vorhanden war, von einer spezifischen Infektion im frühen Alter zu reden, oder ob hier hereditäre Momente vorliegen. R. erkundigt sich, ob Beobachtungen gemacht sind, wie diese Fälle von juveniler Tabes verlaufen sind, ob ausser dem vorgestellten Falle noch andere, z. B. der des Herrn Kalischer, durch Decennien verfolgt sind und ob die schweren Stadien vorkommen. Es wäre daran zu denken, dass durch eine hereditäre parasyphilitische Disposition diese Erscheinung im frühen Alter zustande kommt und dann vermöge der geringen Infektion die Fälle gewissermassen abortiv verlaufen.

Kalischer hatte vor einigen Jahren hier einen 24jährigen Mann mit ausgeprägter Tabes vorgestellt, bei dem nichts von Lues vorlag. Es war nur eine erhebliche neuropathische Belastung vorhanden, seine Mutter litt auch an Tabes. Auf eine derartige Belastung in Fällen von Tabes präcox ohne Lues haben französische Autoren hingewiesen. Ueber den Verlauf des von ihm vorgestellten Falles ist ihm nichts bekannt. Die anderen Fälle von infantiler Tabes habe er nicht lange beobachten können; sie beruhten alle auf Lues.

Rotmann führt an, dass er zwei Schwestern, junge Mädchen, behandelt habe, welche Fehlen von Knie- und Achillessehnenphänomenen, schwankenden Gang und geringe Sensibilitätsstörung an den Beinen darboten, keine syphilitische Infektion durchgemacht hatten und aus einer Familie stammten, in welcher keine Lues war. Es handelte sich um eine leichte Form der Friedreichschen Ataxie. Der Fall von Herrn Oppenheim unterscheide sich durch die Blasenstörung und die Sensibilitätsstörung an der Mamma.

Brasch weist darauf hin, dass man über den Verlauf der juvenilen Tabesfälle in der französischen Litteratur garnichts erfährt. Von der infantilen Tabes bleibe kein einziger Fall übrig, wo nicht erworbene oder hereditäre Lues in der Aetiologie steht. Die direkte Uebertragung scheine keine erhebliche Rolle zu spielen. Warum solle sich nicht der Vater im jugendlichen Alter infiziert haben und der Sohn auch?

Bloch betont, dass der Fall des Herrn Oppenheim insofern eine besondere Stellung einnimmt, als keine Pupillenstörung bei demselben vorhanden war. In der Mehrheit der Tabesfälle wurden Pupillenstörungen nie vermisst, während solche bei Friedreich'scher Ataxie nie vorkämen. Die Vermutung des Herrn Rotmann, dass in einzelnen Fällen Friedreich'sche Ataxie vorliege, scheint ihm auf Grund der Pupillenstörung ausgeschlossen.

Rotmann äussert, es seien doch keine Pupillenstörungen in dem Falle des Herrn Oppenheim vorhanden.

Remak sagt, dass sich Herr Bloch selbst widerlegt hätte. Hier handle es sich um einen Symptomenkomplex der Tabes und nicht der Friedreich'schen Ataxie. Juvenile Tabes komme ohne Pupillenstarre vor.

Jolly weist darauf hin, dass das Stationärbleiben, das die juvenile Tabes zeigt, doch auch bei später entstandenen Fällen von Tabes vorkommt. Ihm sind einzelne Fälle erinnerlich, welche anfangs ziemlich raschen Verlauf dargeboten haben, dann aber teils mit, teils ohne Behandlung stehen geblieben sind. Der Schulze'sche Fall bewies, dass die Symptome im wesentlichen geschwunden waren, aber der anatomische Befund als graue Degeneration der Hinterstränge stationär geblieben war. Es müsste also eine Ausgleichung der Funktion durch die stehen gebliebenen Fasern im Rückenmark stattgefunden haben. Es sei die Frage, ob wir wirklich berechtigt sind, eine Veränderung des Krankheitstypus jetzt bereits zu statuieren. Der Eindruck bestehe ja, aber man könne sich nicht selbst kontrollieren, man habe eben früher die Fälle nicht in dem Maasse zu erkennen vermocht; namentlich nicht in ihren Anfangsstadien, da wesentliche Symptome, das Fehlen der Patellarreflexe und die Pupillenstarre noch nicht bekannt waren. Derartige Fälle, wie der von Oppenheim, seien sicher damals der Beobachtung entgangen. Ob sie früher weniger zahlreich da waren, hält J. noch nicht für erwiesen.

Oppenheim bemerkt, dass ein Teil der diskutierten Fragen schon im Vortrag enthalten oder gestreift waren, nur diejenige der Heredität sei von ihm nicht genügend berücksichtigt. Jedweder Anhaltspunkt für erworbene oder ererbte Syphilis fehlte in seinem Falle, dahingegen liege eine neuropathische Belastung vor. Es seien auch Geistesstörungen in der Familie vorgekommen. Dass nicht nur die juvenile Tabes stationär zu werden scheint, sondern auch die im späteren Alter erworbene, habe er auch speziell in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten hervorgehoben. Auch den Schulze'schen Fall habe er genannt. Derselbe passe aber nicht vollkommen, weil es sich nicht um eine in der frühen Jugend erworbene Tabes handelt. Seine Auffassung von dem Wandel des Typus der Krankheit sei einstweilen nur eine Hypothese. Er könne nichts einwenden, wenn Herr Jolly sich dagegen ausspreche. Beweisen lasse es sich nicht, es seien nur Eindrücke. Vielleicht bringe die Zukunft darüber etwas Sicheres und Exaktes.

Neurologisches vom XX. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden.

Vom 15. bis 18. März 1902.

Bericht von Dr. **Lilienstein**-Bad Nauheim.

Geheimrat Professor Dr. Ernst von Leyden-Berlin feiert in diesen Tagen seinen 70. Geburtstag; dadurch wurde der diesjährige Kongress für innere Medizin, dessen Gründung ein wesentliches Verdienst von Leyden's ist, zu einer festlichen Kundgebung für den auch sonst in ausserordentlicher Weise Gefeierten: Die auf dem Kongress verteilte Nummer der „deutschen medizinischen Wochenschrift" erschien als „Ehrennummer zum 70. Geburtstag Ernst von Leyden's". Sie enthält unter anderem eine Würdigung der Verdienste von Leyden's um die Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie („Ernst von Leyden und die Neurologie") aus der Feder von Jolly. In dem Aufsatz wird an der Hand der historischen Thatsachen gezeigt, wie sehr z. B. die Monographie von Leyden's über die Tabes seiner Zeit dazu bei-

getragen hat, die Erscheinungen dieser Krankheit der wissenschaftlichen Erkenntnis näher zu bringen. Manche Teile der ursprünglich von Leyden aufgestellten resp. verfochtenen Theorie haben bis heute Geltung behalten, so die Erklärung der tabischen Ataxie durch den Wegfall sensibler Eindrücke, ferner die Erklärung der eigentümlichen Degenerationsfiguren in verschiedenen Höhen des tabischen Rückenmarks durch den Verlauf der hinteren Wurzel und deren Ausbreitung im Rückenmark.

Die Auffassung, die von Leyden bezüglich einer grossen Zahl von nervösen Erkrankungen, so der Bulbärparalyse, der Systemerkrankungen im allgemeinen, verschiedener organischer Hirn- und peripherer Nerven-Krankheiten gehabt und in seinen zahlreichen Schriften niedergelegt hat, sind zwar zum Teil von ihm selbst wesentlich modifiziert worden, mancher Fortschritt in der Pathologie unseres Spezialgebiets aber ist ihm in erster Linie zu danken. Dasselbe gilt bezüglich der Therapie, die sich nunmehr vom absoluten Nihilismus, dem führende Kliniker früher huldigten, frei gemacht hat. Besonders die von Frenkel-Heiden eingeführte Uebungstherapie und die Weyr-Mitchell'sche Ueberernährungskur haben durch von Leyden und seine Schüler Förderung und Pflege erhalten.

In der ersten Sitzung des Kongresses referierten Ewald-Berlin und Fleiner-Heidelberg über die Diagnose und Therapie des Magengeschwürs. Für den Neurologen hat ja wohl nur erstere insofern eine praktische Bedeutung, als sie bei der Differentialdiagnose der „nervösen Dyspepsie" — jener crux jedes in der Praxis stehenden Arztes — in erster Linie in Betracht kommt.

Im übrigen boten die ausführlichen Referate der ersten und eingehenden Diskussionen der zweiten Sitzung kein spezielles neurologisches Interesse.

In der dritten Sitzung wurde von Leyden in ausserordentlich festlicher Weise gefeiert; er wurde unter Ueberreichung einer Plaquette zum Ehrenmitglied des Kongresses, dann durch den Oberbürgermeister von Wiesbaden. Herrn von Ibell, zum Ehrenbürger dieser Stadt ernannt. Naunyn-Strassburg, Hecker-Wiesbaden und Nothnagel-Wien hielten ehrende Ansprachen. Die Vorträge selbst hatten bezüglich des Eindrucks, den sie in qualitativer Hinsicht, wenn auch nur zum Teil, hätten machen können, sehr unter ihrer Quantität zu leiden: es waren 63 (!) Vorträge angemeldet.

Indem ich daher den grössten Teil der Vorträge, die kein neurologisches Interesse boten, übergehe, möchte ich nachstehend nur einige erwähnen:

223) **Jacob**-Berlin sprach über die schon früher von ihm bearbeitete medikamentöse Duralinfusion. Als Indikationen kommen in Betracht: Tetanus, syphilit. Prozesse, akute und chronische Entzündungen und Degenerationsprozesse.

Dass die Rückenmarkssubstanz grössere Affinität zum Tetanustoxin hat, als die übrigen Körpergewebe, beweist die Thatsache, dass Tiere bei Einspritzung des Toxins in den Duralsack schneller erkranken, als bei subcutaner Einspritzung. Dem entsprechend sind nach Jacob auch die Erfolge der Duralinfusion mit Tetanusantitoxin relativ günstig. Jod gelangt bei innerlicher Darreichung erst sehr spät in das Centralnervensystem. Daher glaubt J. die direkte Applikation desselben vermittelst Duralinfusion bei periculum vitae empfehlen zu dürfen.

Die Bier'sche Cocain-Duralinfusion zur Anästhesierung der unteren Körperhälfte (welche nach 6—8 Min. eintritt und $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden dauert) wird im allgemeinen nicht, höchstens bei sehr starken tabischen Krisen empfohlen.

224) **P. Lazarus**-Berlin berichtet über die zur Zeit übliche Bahnungstherapie der Hemiplegie. Theoretisch besteht die Bahnungstherapie der Hemiplegie (und motorischen Aphasie) in der kompensatorischen Ausnutzung der erhaltenen Leitungswege und in der Ausschleifung neuer Bahnen. Sie findet ihre Grundlage in der anatomisch und physiologisch festgestellten Thatsache, dass die Pyramidenbahn nicht die einzige, motorische Leitungsbahn darstellt. Ausser ihr existieren noch eine Reihe von Reservebahnen, welche durch die subkortikalen Ganglien, insbesondere durch den Sehhügel und die Vierhügel zum Rückenmarke herabziehen. Ueberdies kann die gesunde Hemisphäre vermittelst der ungekreuzten Pyramidenvorderstrangbahn für die erkrankte vicariierend eintreten. Alle Ganglienzellen des Gehirns stehen miteinander in direkter oder indirekter Verbindung, welche durch methodische Uebungen gebahnt werden kann. Die Bahnung besteht in Innervationsübungen; jede motorische Willenserregung bahnt die Willensbewegung. Man unterscheidet die Pyramidenbahnung, die Associationsbahnung, die Kommissuren- bezw. Balkenbahnung. Die Uebungsbehandlung soll bereits möglichst frühzeitig nach Ablauf des Reaktionsstadiums der Apoplexie vorgenommen werden.

In der Diskussion weist Kohnstamm-Königstein darauf hin, dass die von L. erwähnte Vierhügel-Rückenmarksbahn nicht sicher sei, während als in den kaudalen Thalamus hineinragender Koordinationskern vor allem der Kern des hinteren Längsbündels und zweitens der rote Haubenkern in Betracht kommt. Eine Läsion dieser Kerne kann spezifische „thalamische" Motilitätssymptome verschulden.

225) **Hezel**-Wiesbaden stellt einen Fall von infantiler centraler Monoplegie des Facialis vor: Acht Jahre altes Kind mit Lähmung aller Aeste rechts. Im Alter von drei Monaten wurde dieselbe beim Schreien zuerst bemerkt. Damals war die elektrische Erregbarkeit erhalten und qualitativ nicht verändert. Auch jetzt ist die elektrische Erregbarkeit ziemlich gut erhalten und gegen die gesunde Seite nur wenig herabgesetzt. Die Willkürbewegung des rechten Facialis dagegen ist mit Ausnahme schwachen und nicht ganz vollständigen willkürlichen Lidschlusses aufgehoben. Ebenso fehlen alle psychoreflektorischen Bewegungen. Die Reflexe dagegen (Lidreflex, Uvulareflex) sind deutlich vorhanden. Die Lähmung ist eine schlaffe, der Mund infolgedessen nach der linken Seite verzogen. Alle übrigen Hirnnerven (auch der Hypoglossus), sowie die Extremitäten weisen nicht die geringste Störung auf. Auf Grund des vollständigen Mangels der Willkürbewegung bei ziemlich gut erhaltener elektrischer Erregbarkeit und bei Erhaltensein der Reflexe, sowie des Fehlens wesentlicher Atrophie der rechtsseitigen Facialismuskulatur schliesst der Vortragende auf eine centrale (supranucleäre) Ursache der Lähmung.

226) **Goebel**-Bielefeld spricht über Versuche einer Serumtherapie der Basedow'schen Krankheit, welche er unabhängig von Lantz und Burghardt seit Januar 1901 angestellt hat. Es wurde anfänglich der Kranken die Milch einer der Schilddrüse fünf Monate vorher beraubten Ziege gegeben. Eine Cachexia strumipriva ist bei dieser bis jetzt nicht eingetreten, nur eine abnorme Wildheit liess sich feststellen. Redner erörtert die Möglichkeit einer günstigen Wirkung der sieben Monate lang dargereichten Milch. Seit sechs Wochen hat die Kranke auch das Serum dieser Ziege, dreimal täglich einen Theelöffel, bekommen. Es war bei der letzten Untersuchung das Graefe'sche Symptom verschwunden.

Der Puls war von 120 auf 66 gesunken. Immerhin möchte G. noch nicht von objektiven Besserungen infolge des Serums sprechen, dagegen ist subjektiv nach den Angaben der sehr intelligenten Patientin, die von dem Wesen der Medizin natürlich nichts ahnt, Besserung des Appetites, der Leistungsfähigkeit nicht zu verkennen.

Während Lantz bei seinem Versuche von der Annahme angezogen war, es entstünden im schilddrüsenlosen Tierkörper Stoffe, die das Basedow'sche Gift binden oder neutralisieren, ist G. von anderen Voraussetzungen ausgegangen. Die Basis derselben bildet die Moebius'sche Auffassung von dem thyreogenen Ursprung der Basedow'schen Krankheit. Die Verschlimmerungen dieser Krankheit bei Joddarreichung, die Besserung von Myxödem durch Schilddrüsentabletten liessen G. vermuten, es möchte die organische Jodverbindung Baumann's, das Jodothyrin, in der Schilddrüse des Basedow-Kranken übermässig produziert werden und die Störungen hervorrufen. Dieses Jodothyrin bildet sich wahrscheinlich aus der zugeführten Nahrung. Wenn die Schilddrüse das einzige Organ ist, welches diese Jodverbindung produziert, so kann letztere in dem schilddrüsenlosen Tierkörper nicht mehr entstehen, und es wird vielleicht auch die Milch dieses Tieres weniger Jod enthalten, so dass der Basedow-Kranke durch den Genuss dieser Milch weniger Jod aufnimmt und weniger Jodothyrin produzieren kann. Bezüglich der Wirkung der kleineren Mengen von Serum möchte G. doch annehmen, dass das Serum eine Aenderung derart hervorruft, dass das „Basedow-Gift" nicht mehr im Uebermaass gebildet werden kann. G. weist noch auf Moebius (Psychiaterversammlung 1901) hin.

227) **Oskar Kohnstamm** (Königstein i. T.): Das Zentrum der Speichelsekretion (mit Demonstration).

1. Nach Durchschneidung derjenigen Fasern (der chorda tympani), die sich vom Nerv. lingualis abtrennen und mit Unterbrechung im Ganglion submaxillar. zur Submaxillardrüse begeben, wurde beim Hunde (Nissl-Degeneration) eine Gruppe von Zellen nachgewiesen, für welche die Bezeichnung nucleus salivatorius vorgeschlagen wird, weil sie als Ursprungszellen der im Ganglion submaxillar. endigenden „präcellulären" Fasern angesehen werden müssen.

2. Dieselben liegen zum grösseren Teil gekreuzt, zum kleineren der Operation gleichseitig. Sie beginnen kurz vor dem kaudalen Pol des Facialiskerns und endigen am frontalen Ende des Kaumuskelkerns (nervi trigemini). Die nicht grosse Zahl dieser Zellen ist über ein weites Areal zerstreut, das medial von der Raphe, lateral vom Deiters'schen Kern, dorsal vom Ventrikelboden begrenzt wird. Die ventrale Grenze liegt ein wenig dorsal von der dorsalen Gruppe des Facialiskernes. Die meisten Zellen liegen ungefähr in der Mitte der medialeren unter den aufsteigenden Schenkeln der Facialiswurzel, also inmitten des nucleus reticularis lateralis, einige auch noch im Gebiet des Deiters'schen Kernes.

3. Der nucleus salivatorius besteht, wie jene Koordinationskerne (nucleus reticularis lateralis und nucleus Deiters) aus grossen Zellen von Vorderwurzeltypus (motorischem Typus Nissl's) und entspricht dem Ursprungskerne der gekreuzten Facialis- und Trigeminusfasern im Sinne von Obersteiner und dem von His auf entwickelungsgeschichtlichem Wege abgegrenzten medialen Anteile des nucl. masticatorius. Seine Wurzelfasern sind offenbar identisch mit den

gekreuzten Facialisfasern, die in Fällen von Caries des Felsenbeines mit der Marchimethode dargestellt wurden (E. Flatau, Wyrubow). Sie verlassen das Gehirn als Nerv. intermedius Wrisbergii grossenteils im Vestibularnerven.

4. Der nucleus salivatorius besorgt die Innervation der Submaxillardrüse. Die Ursache für die kleine Anzahl der Zellen liegt in einem früher am Beispiel des Zwerchfellkernes einerseits und der Augenmuskelkerne andererseits erläuterten Prinzip: „Die Zahl der Zellen eines Kernes hängt nicht von der absoluten Grösse der Arbeitsleistung, sondern von der Differenzierung derselben ab.“

5. Hiermit sind zum erstenmal auf direktem Wege Ursprungszellen präcellulärer visceraler Nerven und zwar vom Vorderwurzeltypus nachgewiesen. Trotzdem dürfte die Bezeichnung des aus andersartigen Zellen zusammengesetzten dorsalen Vaguskernes als nucleus visceralis medullae oblongatae für andere Funktionen ihre Berechtigung behalten.

6. Der Nerv. intermedius ist ein richtiger mot.-sensibler Hirnnerv, der mit dem Nerv. vestib. ins Gehirn eintritt, seinen sensiblen Anteil ins Solitär-Bündel, seinen motorischen in den Nucl. salivatorius sendet.

228) **A. Hofmann**-Düsseldorf: Giebt es eine akute Erweiterung des normalen Herzens?

H. hat Untersuchungen an gesunden Personen angestellt, die sich den angeblichen Ursachen einer akuten Herzerweiterung ausgesetzt hatten. Er kommt zu dem Resultat, dass sich eine solche bei gesunden Personen nicht findet. Die Untersuchungen wurden an einem nach dem Prinzip des Orthodiagraph (Moritz) vom Vortragenden konstruierten Apparat vorgenommen. Anstrengungen, Alkoholgenuss und akute Krankheiten hatten nun keineswegs den von anderer Seite behaupteten Einfluss. Der Hochstand des Zwerchfells täusche häufig Dilatation vor; ebenso könne die verstärkte Aktion des Herzens, auch das cor mobile und der Tiefstand des Herzens zu Täuschungen Anlass geben. Meist liegt den von anderer Seite mitgeteilten Beobachtungen offenbar eine fehlerhafte Untersuchungsmethode, so die Bazzi-Bianchi'sche Friktionsmethode, zu Grunde. Die akute Herzdilatation sei mindestens ein sehr seltenes Vorkommnis und den Mitteilungen darüber müsse eine besondere Skepsis entgegengebracht werden.

229) **von Schrötter jun.**-Wien: Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Pemphigus und über die Pathogenese dieser Erkrankungen.

Die Erkrankung setzte bei einer 59jährigen Frau plötzlich mit Affektionen der Schleimhaut ein, um alle Stadien des Pemphigus bis zum schweren Bilde des Pemphigus foliaceus zu durchlaufen. Tod nach drei Monaten.

Im ganzen Rückenmarke fand sich eine Vermehrung der Ependymzellen um den Centralkanal herum, mit stellenweiser Verlegung des Kanales und Lockerung des Gewebes.

Im oberen Brustmarke waren Spaltbildung und kapilläre Hämorrhagien besonders im Bereiche der grauen Substanz eingetreten.

In der Diskussion berichtet v. Leube-Würzburg über einen Fall von Pemphigus, der zu gleicher Zeit mit einer Hemiplegie nach einem Typhus aufgetreten war.

230) **Jul. Müller**-Wiesbaden demonstriert einen Fall von multipler trophoneurotischer Hautgangrän: Die Patientin erlitt vor drei Jahren eine Verbrennung mit heissem Wasser am rechten Unterschenkel. Seit dieser Zeit cyklisches Auftreten von ca 40 gangränösen (1 Mark-Stück bis 5 Mark-Stück grossen) Stellen auf der Streckseite des rechten Beins bis zur Inguinalgegend. Die vollkommene Gangrän entwickelt sich im Verlauf von 7—8 Stunden. Dabei gesteigerte Pat.-Reflexe. Fussclonus. Schwäche im rechten Bein. Angedeutete (?) Peroneuslähmung. Hyperästhetische und hypästhetische Zonen. Differentiell-diagnostisch wird in Betracht gezogen: hysterische Artefacte, Herpes zoster gangraenos. recidiv. In suspenso bleibt nach Ausschluss dieser Krankheiten die Frage, ob eine periphere oder centrale (Syringomyelie) Trophoneurose vorliegt.

III. Bibliographie.

XCV) **W. Seiffer**: Atlas und Grundriss der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Mit einem Vorwort von Jolly. Mit 26 farb. Tafeln und 264 Textabbildungen. München 1902. J. F. Lehmann. 379 S. Gebunden 12 M.

Das weitblickende Unternehmen des Lehmann'schen Verlages, die verschiedenen medizinischen Disziplinen in Form von Atlanten mit kurzem Lehrbuch herauszugeben, hat bereits einmal die Neurologie berücksichtigt in dem „Atlas des gesunden und kranken Nervensystems nebst Grundriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben" von Jakob, der wenigstens in seinen Abbildungen zur normalen Hirn- und Rückenmarksanatomie etwas Mustergiltiges und auch für den Spezialisten Verwertbares geliefert hat. Der klinische Teil der Neurologie ist durch Abbildungen jedoch gar nicht und im Text nur sozusagen in Stichwörtern vertreten gewesen.

In diese Lücke einzugreifen, war die Aufgabe, die sich Seiffer gestellt hatte. Sein „Atlas und Grundriss der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten" hat jedoch mehr erreicht, als nur die Ausfüllung jener Lücke. Es ist zu begrüssen, dass auch hier wie in manch anderen der neueren Atlanten der Text die führende Rolle übernommen hat. Vor allem war der Gedanke ungemein glücklich, den Hauptnachdruck auf die allgemeinen Gesichtspunkte in der Diagnostik und Therapie zu legen, wodurch dem ganzen Buch der Charakter der selbständigen Bedeutung gewahrt wurde, so dass wir in unserer gewiss reichhaltigen und vielseitigen neurologischen Litteratur ihm in dieser Richtung nichts an die Seite zu stellen haben, während ja im übrigen weder an Lehrbüchern irgend welcher Mangel ist, noch auch die Idee des klinischen Nervenatlanten als neu zu bezeichnen wäre; freilich sind die bisher gebotenen Illustrationen vielfach mangelhaft, oder aber, wenn sie technisch befriedigen, wie z. B. die vorzüglichen Bilder des Curschmann'schen Atlanten, zu kostspielig gewesen. Geleugnet soll nicht werden, dass auch nach dem Erscheinen dieses Buches im Rahmen der Sammlung die Darstellung der Neurologie in ihrer Gesamtheit doch noch nicht erschöpfend zu finden ist, insofern der Leser beim Versuch, sich über spezielle Fragen z. B. Therapie der Basedow'schen Krankheit u. s. w. zu informieren, doch nur auf die im Tele-

grammstil gehaltenen Notiz des Jakob'schen Atlas angewiesen ist. Dessen ungeachtet bedeutet aber das Seiffer'sche Buch, um unser Endurteil vorweg zu nehmen, eine hervorragende Bereicherung der Kollektion.

Nach einer prägnanten Schilderung der allgemeinen Gesichtspunkte der Anamnese gliedert sich der Stoff des diagnostischen Teiles in die Kapitel der Motilität, der Sensibilität und des Sensoriums, der Reflexerregbarkeit und des Muskeltonus, und schliesslich der vasomotorischen, trophischen, sekretorischen und viszeralen Störungen.

Eingehend sind die motorischen Lähmungen behandelt, vor allem die Frage nach funktioneller und organischer Lähmung. Hier ergiebt sich bereits mannigfach Anlass, den Text durch Abbildungen zu unterstützen, die auch kompliziertere Verhältnisse berücksichtigen. Erinnert sei z. B. an die Vortäuschung einer Ulnarislähmung in einem Fall von Kontraktur der Beugesehnen an den drei ulnaren Fingern. Vor allem die mannigfaltigen Lähmungsformen der Schultermuskeln werden durch klinische Bilder wie durch anatomische Schemata eingehend demonstriert; weiterhin die Augenmuskellähmungen, die Zungen- und Kehlkopfmuskellähmungen.

Die nächsten Ausführungen sind der Muskelatrophie, sowie den Koordinationsstörungen gewidmet. Besonders anschaulich sind die Abbildungen zu dem Kapitel der motorischen Reizerscheinungen, abnormen Kontraktionen; insbesondere sei auf die in ihrer Vielseitigkeit wiedergegebenen Erscheinungen der Athetose, der Tetanie, des Kopftetanus, der Genickstarre u. s. w. verwiesen.

Bei den Störungen des Gesichtsausdruckes beschränkt sich Seiffer auf die Wiedergabe der rein nervös, nicht psychisch bedingten Alterationen. Körperhaltung und Gang gelangen darauf zur Darstellung, unter Heranziehung der besonderen instruktiven Fussspuren bei Hemiplegie, spastischer Paraparese, Tabes, Chorea- und Peroneuslähmung. Ebenso ansprechend sind die Schriftstörungen wiedergegeben, vor allem durch Proben der Handschrift bei Hysterie, Paralysis agitans, Tremor senilis, Schreibkrampf u. s. w.; vielleicht hätte noch ein Choreabeispiel anschaulich gewirkt.

Das Kapitel über elektrische Erregbarkeit und Elektrodiagnostik zeichnet sich durch übersichtliche Schemata zur Auffindung der Reizpunkte aus, wobei jedesmal ein farbiges Muskelbild die anatomischen Verhältnisse klarstellt, auf Grund deren der Reizpunkt in Frage kommt. Bei der Apparatschilderung hätte sich ein Hinweis auf die Anschlussapparate in Tableauform empfohlen, die dem aus Elementen gespeisten Apparat weit überlegen sind; ebenso auch auf die Metallrheostaten.

Zu den besten Abschnitten des Buches gehören die Ausführungen über die Sensibilität und sensorischen Funktionen, ein Kapitel, das ja zu den speziellsten Arbeitsgebieten des Autors gehört; auch die ophthalmologische und otologische Untersuchung wird in einer derart klaren und übersichtlichen Weise vorgetragen, dass ihre strikte Befolgung dem Neurologen die Heranziehung eines Augenbezw. Ohrenarztes ersparen kann.

Nach einer Schilderung der Reflexerregbarkeit und des Muskeltonus werden die zu bildlicher Erläuterung besonders einladenden trophischen, sowie die vasomotorischen, sekretorischen und visceralen Störungen vorgetragen. Als wohlillustrierter Anhang beschliesst das Kapitel der Degenerationszeichen den diagnostischen Teil des Buches.

Die allgemeine Therapie der Nervenkrankheiten, der etwas mehr als das letzte Viertel des Buches gewidmet ist, wendet sich zunächst den therapeutischen Hauptfaktoren zu. Die inhaltreichen Ausführungen über Hydrotherapie beweisen schlagend, wie intensiv die Neurologie sich des Wassers als Heilmittel bedient und wie sehr sie um die Feststellung wissenschaftlicher Gesichtspunkte bei seiner Anwendung bemüht ist. Vielleicht noch etwas lebhafter möchte Ref. das prolongierte oder permanente Bad auch im Bereich der Neurologie empfohlen sehen, der es ausser durch die angeführten Indikationen auch noch in Fällen von Blasen- und Mastdarmschwäche, von Mal perforant, sowie durch Hebung des Stoffwechsels und Anregung des Appetits zu gute kommt.

Nach kurzer Besprechung der Balneo- und Klimatotherapie wendet sich Seiffer der Elektrotherapie zu, der gegenüber er im Streit über die spezifische oder die suggestive Wirkungsweise eine vermittelnde Stellung einnimmt.

Ein umfangreicher Abschnitt ist der modernen Uebungstherapie gewidmet, mit Recht, da ja deren Erfolge um so erfreulicher ans Licht treten, je eingehender die Spezialindikation bei jeder Form von Ataxie durchgeführt ist. Massage und mechanische Behandlung, ferner die Orthopädie bei Nervenleiden sind etwas knapper dargestellt, da ja die mediko-mechanischen Kuren doch meist nur mit Hilfe einer wegen ihrer Kostspieligkeit bloss grösseren Anstalten zugänglichen Apparatsammlung durchführbar sind, während die orthopädischen Eingriffe am zweckmässigsten von chirurgisch ausgebildeten Orthopäden besorgt werden. Für chirurgische Massregeln werden deshalb auch nur die Hauptindikationen aufgestellt, während die auch von Neurologen vielfach ausgeführte Lumbalpunktion eingehender geschildert ist.

Präzis ist die diätetische und medikamentöse Behandlung wiedergegeben; mit Recht verzichtet Seiffer auf die Anführung all der kaum noch zu zählenden Novitäten auf dem Gebiet der Nervina, die zum Teil, wie das Exalgen, recht bedrohliche Nebenwirkungen haben. Der länger fortgesetzte Gebrauch des Trionals scheint dem Ref. doch nicht so unbedenklich, vor allem bei älteren, kachektischen Frauen lassen sich manchmal bedenkliche Kollapserscheinungen beobachten. Nach einer Besprechung der psychischen Therapie und der Anstaltsbehandlung wird noch vom allgemeinen Standpunkt die Behandlung der Rückenmarkskrankheiten, der Gehirnerkrankungen, der peripheren Nervenerkrankungen und der funktionellen Neurosen vorgetragen.

Die textliche Darstellung ist durchaus flüssig und klar. Wenig Raum nehmen die theoretischen Auseinandersetzungen ein; um so mehr entspricht es dem Charakter des Buches, dass öfter didaktische und kritische Bemerkungen einfliessen; verweisen möchte ich hierbei nur auf die Angaben über die Dynamometerprüfung oder auf die Erörterung der Frage, ob Nervenkranke heiraten dürfen.

Hinsichtlich der illustrativen Seite des Buches konnte der Verfasser so recht aus dem Vollen schöpfen in seiner Eigenschaft als langjähriger Oberarzt der Nervenklinik und -poliklinik der Charité, wo sich ein so reiches Material wie kaum irgendwo anders, und so günstige Verhältnisse der Laboratorien und Untersuchungsräume wie sonst nirgends in Deutschland finden. Eine Anzahl von Abbildungen rühren aus der Nervenklinik zu Halle her, verschiedene sind anderen Atlanten des Verlags entnommen. Die Abbildungen von Apparaten schliessen sich meist an die neuesten Erzeugnisse der Fabrikation an. Manche Gebiete, so die Sensibilitätsstörungen, die Kehlkopflähmungen u. s. w. lassen sich am instruktivsten durch schematische Zeichnungen wiedergeben.

Unter den schwarzen Bildern, die meist auf der Grundlage von photographischen Aufnahmen nach dem Meissenbach'schen Verfahren hergestellt sind, finden sich wohl einige, wie Nummer 10, 22, 68, die durch geringe Schärfe und düsteren Ton auffallen, doch wird sich niemand darüber aufhalten, der selbst einmal den Versuch gemacht hat, ein so unruhiges Material wie Nervenkranke auf die Platte zu bringen. Ein Teil der Bilder wurde von der Photographie erst in Zeichnung übertragen. Durch eine Reihe von Figuren werden in treffender Weise seltenere Fälle illustriert, die man oft auf Jahre hinaus nicht zu Gesicht bekommt, so einseitige Oculomotorius- und Quintuslähmung bei basilarer Lues, Friedreich'sche Gehstörung, Kopftetanus u. s. w. Andere Bilder wieder verfolgen didaktische Ziele, so die Wiedergabe des Kniehackenversuchs, des Elektrodenansatzes bei Ischias u. a. m.

26 Tafeln sind in Farben gehalten. Die Maler Hammerschmidt und Landsberg verfügen bei ihren farbigen Bildern zweifellos noch nicht über jenes Können, wie es in einer, auch von streng künstlerischem Standpunkt einwandfreien Weise etwa der im gleichen Verlag beschäftigte Maler Fink vielfach bewiesen hat. Die in den farbigen Bildern öfters noch sichtbaren schwarzen Konturen, so auf Tafel 3, 5 u. s. w. sind technisch betrachtet nicht zu billigen, aber doch muss man gestehen, dass die farbige Wiedergabe von Fällen wie: Basedow-kranke Mädchen, der Rindenepileptiker im linksseitigen Krampfanfall, die Raynaud'sche Krankheit u. s. w. mehr leistet, als bisher irgendwo in einem Lehrbuch der Neurologie geboten worden ist.

Bei Gelegenheit der Besprechung anderer mit Atlanten ausgestatteten Bücher haben manche Referenten sich über einzelne Bilder sozusagen aus moralischen Gründen aufgehalten; so wurde die Wiedergabe von Decubitus, von einem suicidalen Irren u. s. w. als dem modernen Geist der Krankenpflege widersprechend hingestellt. Wir glauben, nur unter beträchtlicher Begriffsverschiebung ist ein solches Urteil möglich. So stark auch das Vorkommen jener Erscheinungen in der Anstalt verpönt sein soll, so darf doch dem Lernenden gegenüber kein Hehl daraus gemacht werden, dass solche Dinge im Bereich der Möglichkeit liegen und erst mit besonderer Arbeit und Aufmerksamkeit vermieden werden können. Es giebt ja auch kaum eine eindringlichere Belehrung über die Zweckmässigkeit der Schutzpockenimpfung, als der Anblick eines Blatternkranken, gleichwie auch die Notwendigkeit der Decubitusvorbeugung durch Bilder wie Tafel 21 am eindringlichsten gepredigt wird. Thatsächlich sind von mancher Seite auch die Abbildungen derartiger Fälle, die zur Demonstration in vivo glücklicherweise ja gewöhnlich nicht bereit liegen, in der Vorlesung zweckmässig durch episkopische Projektion verwandt worden.

Wir können den Ueberblick nicht schliessen, ohne auch der Einführungsworte durch Jolly zu gedenken. Wahrhaft wohlthuend wirkt es, zu sehen, wie hier einer der autoritativsten Vertreter unseres Fachs die Bemühungen seines Schülers in freimütigster Weise ermutigt, anerkennt und fördert! Wir können unsere Besprechung nicht treffender zusammenfassen, als durch die Anführung der Geleitsworte, die Jolly dem Buch auf den Weg giebt: „Im übrigen mag es getrost dem Werke überlassen bleiben, seinen Meister zu loben."

Weygandt (Würzburg).

IV. Referate und Kritiken.

I. Hysterie.

231) **Voss**: Ueber Ohrleiden bei Hysterischen.

(Zeitschrift f. Ohrenheilkunde mit bes. Berücksichtigung d. Rhinologie u. d. übrigen Grenzgebiete. XL. Band, Heft 1.)

An der Hand von 25 Eigenbeobachtungen und 14 Fällen aus der Litteratur wird der mannigfaltige Zusammenhang zwischen Gehörorgan und Hysterie besprochen. Die an sich sehr interessanten Fälle bieten für den Neurologen von Erfahrung nichts wesentlich Neues. Bemerkenswert ist, dass Verf. in Fällen reiner Hysterie mehrfach Veränderungen im Aussehen des Trommelfelles (graues, selbst hochrotes Aussehen) beobachtete, so dass in Verbindung mit den subjektiven Klagen selbst eine akute eitrige Otitis media vorgetäuscht werden konnte. In solchen Fällen ausgeführte Paracentesen zeigten, dass dieses hochrote Aussehen bedingt war durch eine stärkere Füllung der oberflächlichen Gefässe in der Epidermislage des Trommelfells; die Schleimhaut der medialen Wand der Paukenhöhle war eher anämisch. Das Ergebnis seiner Erfahrungen fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das objektive Bild der akuten Otitis media kann als Symptom der Hysterie auftreten. 2. Rein funktionelle Neurosen des Ohres gehören nicht in die Behandlung des Ohren-, sondern des Nervenarztes. 3. Absolut kontraindiziert ist hier die Polypragmasie, speziell auch in der Nase und im Nasenrachenraum. 4. Die auf anderen Gebieten bekannte Operationsnot der Hysterischen spielt sich ebenso im Ohr ab (und wohl auch in der Nase). 5. Absolut kontraindiziert ist zur Beseitigung der Mastalgie bei Hysterischen die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. 6. Unsere jetzige Art der Nachbehandlung der Radikaloperation mit fortgesetzter Tamponade eignet sich absolut nicht für Kinder und Nervöse, incl. Hysterische. Vom fünften Tage ab ist die Tamponade vollständig überflüssig und durch einen einfachen Occlusivverband zu ersetzen. Wickel.

232) **L. E. Bregmann**: Ueber Kothbrechen bei Hysterie.

(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 19.)

Nach kurzer Mitteilung einer grossen Anzahl von Fällen aus der Litteratur berichtet B. über einen von ihm selbst beobachteten Fall.

Es handelte sich um ein 23jähriges Dienstmädchen, das seit einem Falle vor einem Jahre Blutspucken, dann Verstopfung bekommen hatte. Sie wurde mit Darm- und Magenausspülungen behandelt. Nach kurzer Besserung wieder Verschlimmerung. Seit zehn Tagen angeblich kein Stuhl, häufiges Erbrechen, Schmerzen, Darm aufgetrieben. Ausserdem Klage über Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schmerzen im Rücken, allerlei Sensationen. Objektiv: Verminderte Reflexe der Konjunktiva des Rachens, Steigerung der Sehnenreflexe. Die Bauchauftreibung von wechselndem Grade. Auf Abführmittel erfolgte kein Stuhl, während Hegar'sche Darmeingiessungen verschiedenen Effekt hatten. Sehr häufig war Erbrechen sowohl der genossenen Speisen unmittelbar nach dem Essen, sodann Kothbrechen, welches aber auch Tage oder Wochen lang ausblieb, und selten Blutbrechen. Während der sechsmonatlichen Beobachtungs-

zeit mehrere Krampfanfälle mit unvollständigem Bewusstseinsverlust, einmal zweitägige Aphonie. Das Wesen war launisch, Pat. querulierte und beunruhigte das ganze Personal. Das Befinden war überaus wechselnd. Drei Monate nach der Aufnahme Prolapsus recti mit Darmblutungen; starke Tenesmen brachten den Darm immer wieder zum Vorschein. Cauterisation hatte nur vorübergehend Erfolg, erst operative Abtragung erzielte bedeutende Besserung in jeder Beziehung. Bald nach der Entlassung kam sie mit Harnbeschwerden wieder, die sich schon früher gezeigt hatten. Herbst 1900 stellte sich wieder Kothbrechen ein. Es bildete sich abermals ein Prolaps und Patientin geriet in den desolatesten Zustand. Durch Tannineingiessungen und ein allgemein tonisierendes Verfahren wurde eine teilweise Besserung erzielt.

Das Kothbrechen war bei der hysterischen Person jedenfalls durch Hindernisse für das regelmässige Weiterschieben des Darminhalts veranlasst, ob in Folge von vorübergehender spastischer Kontraktion der Darmwand, oder von Atonie blieb zweifelhaft. B. lässt auch die Möglichkeit antiperistaltischer Bewegungen gelten. Das Blutbrechen glaubt B. nur durch einen besonderen pathologischen Zustand der Schleimhaut erklären zu können, wodurch dieselbe auf relativ schwache Reize so besonders stark reagierte. Hoppe.

---

233) **Pearce Bailey** (New-York): „The prognosis of traumatic hysteria, based upon the subsequent histories of a number of litigated cases.“

(The Med. Rec., 24. August 1901.)

Nachdem Verf. zehn Fälle traumatischer Hysterie ausführlicher beschrieben, spricht er sich über die Prognose der Erkrankung dahin aus, dass sie ganz wesentlich abhänge von dem Alter des Kranken. Leute unter 35 Jahren erfahren, wenn sie nicht gerade stark erblich nervös sind, und die Behandlung nicht zu spät einsetzte, gewöhnlich Heilung. Je älter der Kranke ist, desto stärker ist die Gefahr, dass die Symptome für immer bestehen bleiben. Bei jugendlichen Personen dagegen pflegen Besserung und Heilung im Laufe weniger Wochen einzutreten. Ferner hängt die Prognose ab von dem allgemeinen Gesundheitszustande des Kranken vor dem Einsetzen der Hysterie: sie ist um so günstiger, je gesünder der Kranke war, besonders ungünstig dagegen, wo chronische Krankheiten, Alkoholismus, Arteriosklerose u. s. w. vorhergingen. Vor allem aber ist prognostisch wichtig der Geisteszustand des Kranken. In jedem Falle von traumatischer Hysterie gehen die geistigen Attribute (Aufmerksamheit, Gedächtnis, Laune, Erregungsfähigkeit, Temperament, Wille, Benehmen u. s. w.) gewisse Veränderungen ein; je ausgedehnter und dauerhafter diese sind, um so schlechter ist die Prognose. Endlich hängt dieselbe zu einem grossen Teile davon ab, ob der Kranke rechtzeitig und richtig vom Arzt, Umgebung, Vorgesetzten u. s. w. behandelt wird; vor allem aber davon, ob die in allen solchen Fällen gewöhnlich auftretende Frage der Entschädigungsgelder geregelt wird oder nicht. Je länger der Kranke auf eine derartige zufriedenstellende Regelung wartet, um so länger andauernd pflegen die Symptome zu sein. Es steht fest, dass die wirklichen Heilmittel der traumatischen Hysterie (Isolierung, Fernhaltung schädlicher Suggestions-Einflüsse, Gegen-Suggestion, auch wohl Hypnotismus, Elektrizität und Massage) da sich am wirksamsten erweisen, wo die Geldfrage nicht oder nicht mehr im Spiele ist. Voigt.

---

234) **Binet-Sanglé et Vaunier**: Noevus veineux et hystérie.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1901, p. 214.)

Die umfangreiche Arbeit entzieht sich wegen der sonderbaren und von der üblichen Auffassungs- und selbst Ausdrucksweise abweichenden Stellungsnahme der Autoren einer Wiedergabe. Ich gebe nur das Résumé, das die Verfasser selbst am Schluss aufstellen: Ein 21 jähriger Mann, Enkel eines Epileptikers und Sohn eines Alkoholisten und Epileptikers, der zudem einen Noevus hatte, zeigt neben anderen Degenerationszeichen eine Verminderung der Zahl und eine Veränderung (Hyperamiboisums) der Neurone (! Ref.), die sich im Folgenden kund geben: Linksseitige Hyperalgesie, oscillierende linksseitige Hypästhesie und Hypokinästhesie, fleckweise angeordnete Kältehyperästhesie besonders rechts, und Wärmehyperästhesie besonders links. Linksseitige Gehörsstumpfheit, wechselnde Einengung des Gesichtsfeldes besonders für Blau und Grün, wechselnde Kontrakturen in den Ciliarmuskeln mehr links; linksseitige Hemiparese; Steigerung des Blasenreflexes, des Cremaster- und der Schmerzreflexe besonders links; allgemeine, der Intensität nach wechselnde Vasoparalyse der Haut, und dauernde linksseitige Gefässlähmung, welche letztere Hypertrophie des Herzens und Verlangsamung seiner Thätigkeit, ebenso wie Erhöhung der Hauttemperatur und Verdickung der Haut hervorgebracht hat. Die initiale Läsion sitzt in den sensitivo-motorischen Zonen der rechten Hemisphäre.

Cassirer.

---

235) **Crustet**: Hystérie juvenile chez une fillette de douze ans. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète. — Neuf crises d'amaurose double absolue. — Perversion de la vision binoculaire: discussion.
(Arch. de Neurol. September 1901.)

Interessante, sehr ausführliche Krankengeschichte mit eingehender, erschöpfender Besprechung vor allem der Erscheinungen seitens der Augen. Der Ref. hebt folgendes besonders hervor: Die als ausserordentlich selten zu bezeichnende komplette (linksseitige) Hemianästhesie mit Beteiligung sämtlicher Qualitäten der Sensibilität und der Sinnesempfindungen (Geschmack, Geruch, Gehör); die Coincidenz der 5—15 Tage dauernden Anfälle von Blindheit mit der Menstruation oder den Zeiten, für welche dieselbe zu erwarten war; das Vorhandensein der hysterischen Dyschromatopsie in typischer Form — erst besteht allerdings nur eine Inversion der Farbenempfindungen, dann eine Aufhebung mit Ausnahme von Rot; die Blindheitsanfälle finden übrigens ihren Abschluss damit, dass die Wahrnehmungsfähigkeit für Rot zuerst zurückkehrt, was sich in bemerkenswerter Weise darin äussert, dass jedesmal das Wahrnehmen eines roten Gegenstandes den Uebergang von der Blindheit zum Sehen einleitet. Weiterhin die Aufhebung des binocularen Sehens, bei dem Verf. verschiedene Stadien unterscheidet: 1. monoculares Sehen mit dem gesunden Auge bei Amaurose des andern; 2. alternierendes monoculares Sehen oder gleichzeitiges monoculares Sehen mit beiden Augen, dadurch bedingt, dass das kranke seine Funktionsfähigkeit nur partiell wieder erlangt hat und z. B. Mikropsie oder Makropsie besteht; es werden also hierbei die wahrgenommenen Bilder nicht verschmolzen, was mit dem Stereoskopversuche sich sehr deutlich beobachten lässt; den Uebergang zum Normalen bildet das intermittierende Sehen, wo nur im Moment der Untersuchung unter dem Einfluss einer Suggestion der binoculare Sehakt erfolgt.

Bennecke (Dresden).

II. Chorea und Myoklonie.

236) **Westphal, A.:** Ueber chorea chronica progressiva.
(Deutsche med. Wochenschr. 1902, p. 58.)

Bericht über zwei typische Fälle Huntington'scher Chorea. In dem einen Fall war bei bestehender Heredität das Wochenbett die Gelegenheitsursache für das Auftreten der ersten Erscheinungen der Krankheit. Der zweite Fall ist dadurch bemerkenswert, dass keinerlei Heredität vorlag Das Leiden hatte sich vielmehr im Anschluss an ein schweres körperliches Trauma entwickelt. Es unterschied sich in Symptomen und Verlauf in keiner Weise von der hereditären Form. Solche, an chronischer, nicht hereditärer Chorea leidende Individuen sind nach Wollenberg's Ansicht vielleicht die Stammväter einer choreatischen Deszendenz. Manche der chronischen, nicht hereditären Fälle dürften wohl der „symptomatischen" Chorea zuzurechnen sein. Wickel.

---

237) **Bernard:** Myoclonie du type Bergeron chez un dégénéré hystérique.
(Nouv. Icon. d. l. Salp. 1901, p. 316.)

Bei einem hereditär belasteten, mit physischen und psychischen Stigmata behafteten, degenerierten Hysterikus fanden sich myoklonische Zuckungen neben anderen motorischen Reizerscheinungen. Sie erwiesen ihre psychogene Natur mit Sicherheit dadurch, dass sie sich auf suggestivem Wege beeinflussen liessen.
Cassirer.

---

238) **Laache:** Beobachtungen über den St. Veitstanz.
(Fortschritte der Medizin 1901, No. 15.)

Bei seinen Beobachtungen über die Chorea, die sich auf 40 Fälle erstrecken, hat Verf. besonders die Pathognese berücksichtigt. Er konnte nur in 18 % seiner Fälle sichere Gelenkerscheinungen auffinden, während er andererseits 400 Fälle von akutem Gelenkrheumatismus betrachtet hat, bei denen keinerlei auf Chorea deutende Erscheinungen vorhanden waren. Jedenfalls kann also die rheumatische Aetiologie keine allgemein giltige Rolle spielen. Neben der rheumatisch-endocarditischen Form existiert offenbar eine rein nervöse Form der Krankheit. Die nervöse Familiendisposition ist sicher von Bedeutung, wenn sie früher auch überschätzt worden sein mag. Für die Wirksamkeit derselben spricht auch die von allen Autoren ausgegebene Prädilektion des weiblichen Geschlechtes, ferner die oft nachfolgende Hysterie, die Entstehung nach Schreck u. s. w. Jedenfalls sind unsere Kenntnisse bezüglich der Pathognese der Krankheit noch recht lückenhaft und es empfiehlt sich deshalb, vorläufig bei dem Nichts vorgreifenden Attribut „minor" zu bleiben und die „chorea infectiosa" vorläufig noch nicht als besonderen Begriff aufzustellen.
Mann (Breslau).

---

239) **Torrild:** Lidt om St. Veitsdansens Historie.
(Ugeskrift for Laeger 1901, S. 937—945.)

Der Verfasser giebt eine Geschichte der Benennung und Beschreibung des Veitstanzes von Hippokrates bis zu Wicke (1844).
Poul Heiberg (Kopenhagen).

III. Tabes dorsalis.

240) **Foerster:** Ueber einige seltenere Formen von Krisen bei der Tabes dorsalis, sowie über die tabischen Krisen im allgemeinen.

(Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. XI, 4 p. 259.)

Foerster berichtet über einige seltenere Formen von tabischen Krisen. Bei einem an typischen Rectal- und Magenkrisen leidenden Patienten traten anfallsweise Reizerscheinungen in der Sphäre des Geschmacks auf, begleitet von Speichelfluss und sehr heftigen krampfhaften unwillkürlichen Würg- und Schluckbewegungen. Diese „Geschmackskrisen", die sich von den von Umber beschriebenen dadurch unterscheiden, dass sie den Pat. im vollen Wachzustande befallen, kommen meist unabhängig von den andern Krisen, die einzelnen Anfälle dauern $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten, wiederholen sich dann stundenlang in Zwischenräumen von $^1/_4$ Stunde bis 20 Minuten. In einem zweiten Falle handelt es sich um eine Kombination der an und für sich seltenen Herzkrisen (paroxysmale Tachykardie, Angst) von Larynxkrisen und „Acusticus"krisen. Letztere bestehen in einem allmählich stärker werdenden Sausen und Rauschen, das rasch wieder abschwillt. Schliesslich berichtet Verf. über einige Beispiele von Anfällen, die er als „Extremitätenkrisen" bezeichnet Es handelt sich da um anfallsweise auftretende heftige Schmerzparoxysmen vom Typus der lancinierenden Schmerzen, die von motorischen Reizerscheinungen in der Form von tonischen oder tonisch-klonischen Muskelkrämpfen begleitet sind. Verf. schildert diese Anfälle bei einer Kranken des genaueren wie folgt. Sobald der Schmerz kommt, beugten sich die Zehen, um sich dann wieder zu strecken, der Fuss wurde zahlreiche Male nach einander ruckweise in stärkste Varusstellung gezogen, um dann wieder zurückzugehen und das Bein machte in demselben Tempo um die Längsaxe ruckweise Aussenrotationen bis auf den äusseren Fussrand; meist drei bis vier solcher Bewegungen in der Sekunde. Die Zuckungen überdauern den Schmerz meist etwas und hören auch zwischen den Schmerzanfällen, wenn diese sehr häufig und schwer sind, nicht immer ganz auf. Meist fühlt der Kranke den Beginn des Krampfanfalles sich durch ein klopfendes, ziehendes Gefühl in den betreffenden Muskeln anmelden. Häufig besteht während und zwischen diesen Krisen eine starke Hyperästhesie der sonst eventuell hypästhetischen Haut. Verf. geht noch näher auf die allen Krisen gemeinsame Grundlage und den näheren Mechanismus der Paroxysmen ein. Die Grundlage ist ein Reizzustand des sensiblen Neurons, der infolge von Summation zu anfallsweisen Entladungen führt. Leider entstellen auffällig zahlreiche Druck- und Schreibfehler die interessante Arbeit. Cassirer.

---

241) **Fulton:** Observations on fifty-four cases of locomotor ataxia, with special notes of etiology.

(Journ. of Nerv. and Ment. Diseases 1902, Nr. 4.)

Verf. berichtet über 54 Fälle von Tabes. Es bestanden: Verlust der Patellarreflexe in 88 %, Romberg'sches Symptom in 80 %, ataktischer Gang in 77 %, lancinierende Schmerzen in 73 %, Parästhesien in 70 %, Argyll'-Robertson'sches Phänomen in 67 %, Inkoordination in 65 %, Blasenstörungen in 60 %, Augenmuskellähmungen in 27 %, Impotenz in 25 %, Diplopie in 24 %, Gürtelgefühl in 19 %, Störung der Hautreflexe in 14 %, Ptosis in 11 %, Verlust des „Muskelsinns" in 10 %, Arthropathien in 8 %, perforierende Ulcera

in 6 %, Krisen in 4 %, Muskelatrophie in 4 %, Optikusatrophie in 2 % und Nystagmus ebenfalls in 2 % der Fälle. Lues war bei 42 % nachweisbar. Die Frage nach dem Zusammenhange von Lues und Tabes hält Verf. noch nicht für hinreichend geklärt, jedenfalls sei die Syphilis aber nicht die alleinige Ursache der Tabes. Dann macht Verf. auf den auch schon von anderen Autoren bemerkten Umstand aufmerksam, dass dem Ausbruch der Tabes häufig Erkrankungen des Magendarmkanals vorausgehen; in seinen Fällen war dies in 85 % der Fall. Es sei nicht ausgeschlossen, dass zwischen beiden Erkrankungen ein ätiologischer Zusammenhang bestehe und die Tabes durch irgendwelche bei Gastro-Enteritiden sich bildende Toxine verursacht werde.

Kölpin (Greifswald).

---

242) **Dupré et Devaux**: Tabes trophique, arthropathies, Radiographie.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1900, 5, p. 498.)

Typischer Fall von Tabes mit doppelseitiger Arthropathie im Kniegelenk. Das Röntgenbild zeigt, dass die Gelenkdeformität viel weniger auf Veränderungen der Knochen selbst, als auf Verschiebung der gegenseitigen Lagebeziehungen dieser Teile, auf Vorhandensein eines Ergusses und osteofibröser Neubildungen in der Kapsel und der Synovialis zu schieben ist. (Peri-arthropathia tabetica.)

Cassirer.

---

243) **Marinesco**: Recherches sur les lésions de la cellule des ganglions spinaux dans le tabes.
(La presse médicale, Nr. 62, 1901.)

Marinesco untersuchte in neun Fällen von Tabes die Spinalganglienzellen mit der Nisslmethode. Er betont einleitend die auch von anderer Seite genügend gewürdigten Schwierigkeiten dieser Untersuchungen, die aus dem Wechsel der Gestalt und des Aufbaues der Spinalganglienzellen sich ergeben. Er fand Veränderungen der chromatischen Substanz besonders in den Zellen mit deutlich und klar ausgeprägten Nissl-Körpern; die letzteren lösen sich in derartigen Zellen schliesslich ganz oder fast ganz auf. Ferner fand er Kernveränderungen, Verkleinerung, Homogenisierung etc., Formen, wie sie bei allen möglichen krankhaften Zuständen hier vorkommen. Schliesslich fand er auch, wenn auch seltener, Verkleinerung und Retraktion des Zellkörpers, Dinge, die er selbst zum Teil als artifiziell hinstellt. Alles in allem sind die Spinalganglienzellveränderungen zu gering und inkonstant, so dass M. die Behauptung aufstellt, dass die Hinterstrangsdegeneration durch sie nicht bedingt sein kann. Worauf die Zellläsionen beruhen, ist unsicher, vielleicht sind sie abhängig von den Veränderungen der peripheren Nerven. Zuletzt erörtert M. die von Lugaro vordem festgestellte Thatsache, dass die Spinalganglienzellen nach Durchschneidung ihrer peripheren Fortsätze Veränderungen der Struktur zeigen, nicht aber nach solcher der zentralen; der Grund sei der, dass der zentrale Fortsatz der Zellen für deren Ernährung und Funktion weniger wichtig sei als der periphere. (Das ist natürlich keine Erklärung, sondern eine einfache Umschreibung der Thatsache, die erklärt werden soll, und zudem gewiss nicht richtig. Ref.)

Cassirer.

---

244) **v. Rad**: Tabes dorsalis bei jugendlichen Individuen.
(S. A. aus der Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins. Nürnberg 1902.)

1. Zehnjähriges Mädchen. Vater litt an Gonorrhoe, will später Geschwüre im Mund gehabt haben, leugnet Lues. Drei Aborte der Mutter, vier Kinder jung gestorben; eine Schwester gesund; bei Patientin Rhagaden am linken Mundwinkel, indolente Schwellung der Cervical-, Cubital- und Inguinaldrüsen. Seit einem halben Jahr Abnahme der Sehkraft, Ungeschicklichkeit der Hände, lancinierende Schmerzen; objektiv Opticusathrophie, Lichtstarre der Pupillen, Fehlen der Sehnenphänomene an den Beinen, Hypalgesie an den Beinen, Romberg, geringe Ataxie der Arme und Beine; keine Blasenstörungen. 2. Siebenjähriger Knabe. Vater Syphilis, Mutter Lues cerebri. Pat. hat Rachensyphilis gehabt. Seit einem Jahre Harnträufeln, jetzt Pupillendifferenz mit träger Reaktion, Fehlen der Sehnenphänomene an den Beinen, taktile Rumpfhypästhesie und Hypalgesie an den Beinen. Verf. stellt in den beiden Fällen die Diagnose Tabes dorsalis und schliesst spinale Syphilis aus. (Die Beobachtungsdauer ist freilich bei beiden Fällen nur sehr kurz. Ref.) Er bespricht die Litteratur der infantilen und juvenilen Tabes und erkennt zehn der als solche publizierten Fälle an. Sehr häufig finden sich manifeste Erscheinungen hereditärer Lues bei den tabischen Kindern. Die Syphilis ist so gut wie immer nachweisbar. Die Symptomatologie ist von der der Tabes bei Erwachsenen nicht wesentlich verschieden. Cassirer.

---

245) **v. Halban**: Weiterer Beitrag zur Kenntnis der juvenilen Tabes.
(Wiener Klin. Wochenschr. 1901.)

Ein 23jähriges Mädchen, das von seiner Amme syphilitisch infiziert worden war und Zeichen florider Lues mehrfach dargeboten hatte, klagte ausser über seit Jahren bestehende Migräneanfälle seit einiger Zeit über Blasenschwäche; sonst keine subjektiven Beschwerden, aber objektiv beginnende Opticusatrophie, Argyll-Robertson'sches Phänomen; Westphal'sches Zeichen, Sensibilitätsstörungen am Rumpf. Also sicher Tabes. Cassirer.

---

246) **Martin Bloch** (Berlin): Ein Fall von infantiler Tabes.
(Neurol. Centralbl. 1902, Nr. 3.)

Die nicht belasteten Eltern des 17jährigen Patienten stellen Lues in Abrede und bieten auch kein Zeichen von Lues. Auffällig ist, dass von zehn Schwangerschaften vier (die ersten und die letzten zwei) mit Abort und eine mit der Frühgeburt einer toten Frucht geendet haben, während drei ausgetragene Kinder in den ersten Wochen oder Monaten an „Lebensschwäche, Gehirnentzündung und Zahnkrämpfen" starben. Ausser dem Patienten, der als 8-Monatskind geboren wurde, ist nur eine Schwester am Leben, die von hereditär syphilitischen Erscheinungen frei ist.

Der schwächliche Patient, der sich geistig gut entwickelt haben soll, leidet seit 3—4 Jahren an Ischurie und zeitweiliger Incontinentia urinae. Seit $1/_4$ Jahr Anfälle von Angstgefühl mit Herzklopfen, Frösteln und unwiderstehlichem Harndrang (Herzkrisen?). Er zeigt infantilen Habitus (völlig fehlende Pubes), Asymetrie des Schädels, steilen, schmalen Gaumen, Darwin'schen Höcker, differente und lichtstarre Pupillen (die rechte, grössere auch starr bei Akkomodation), leichtes Schwanken bei Augenschluss, leicht stampfenden, bei

geschlossenen Augen unsicheren Gang, Mangel der Kniereflexe, fleckweise Hypästhesie an den Oberschenkeln, Hypästhesie und Hypalgesie an den Unterschenkeln, geringe Ataxie der Beine, deutliche Lagegefühlsstörungen, gewisse Hypotonie der Beine, doppelseitige temporale Abblassung der Pupillen. Hoppe.

247) **Mantoux:** Intermittence du signe d'Argyll-Robertson dans le tabes. Crises gastriques concomitantes.

(La presse médic. 1901, Nr. 104, p. 349.)

Mantoux berichtet über folgenden sehr interessanten Fall: Eine wahrscheinlich syphilitisch infizierte Frau leidet seit vier Jahren an schweren gastrischen Krisen. Die Untersuchung ergiebt ausserdem nur noch Fehlen der Sehnenreflexe an den Beinen und folgendes merkwürdige Verhalten der Pupillen. Am 19. Juni 1899 typische gastrische Krise, Pupillenreaktion auf Licht aufgehoben, auf Konvergenz erhalten. Am nächsten Tage sind die gastrischen Erscheinungen verschwunden und die Pupillen reagieren auf Licht. Schon am 20. Juni neue Krise, mit Lichtstarre der Pupillen. Am 30. Juni normale Pupillenreaktion, am 1. Juli etwas Schmerzen und Erbrechen und wieder Argyll-Robertson, am nächsten Tage alles normal. Am 16. August neue Krise, Pupillen lichtstarr, das dauert bis zum 17. abends, wo Schmerzen, Erbrechen und die Starre der Pupille verschwinden. Der Fall zeigt also einmal das an und für sich schon sehr seltene Vorkommen einer intermittierenden Pupillenstarre bei Tabes, dann als besonders merkwürdig die Koinzidenz des Auftretens von gastrischen Krisen und Starre der Pupillen. Letztere begleitet dabei einmal eine nur eben angedeutete gastrische Krise. Cassirer.

248) **Charles L. Dana** (New-York): Acute spinal ataxia (no tabetic) and its relation to other forms of acute ataxia.

(New-Vork, Med. Journ. 1901, 20. April.)

Den bisher allein beschriebenen bulbären oder pontilen (centralen) Formen der akuten Ataxie reiht D. unter Mitteilung von vier Fällen die noch nicht beschriebenen spinalen Formen an. Fall 1. Bei einem 60jährigen Mann, der vor 20 Jahren Lues ohne Sekundärerscheinungen gehabt, sonst stets ganz gesund und solid gewesen war, stellte sich plötzlich ein taubes Gefühl in den Füssen ein, welches sich in 24 Stunden bis zur Mitte des Rückens ausgebreitet hatte. Die Symptome verschlimmerten sich allmählich, es trat Gürtelgefühl hinzu; der Gang wurde schlechter, die Blase weniger empfindlich (Retention). — Die Untersuchung ergab ataktischen stampfenden Gang, geringes ataktisches Zittern im rechten Arm, leichte Ermüdbarkeit, Romberg'sches Symptom, geringe taktile Anästhesie in den Unterschenkeln, gesteigerte Kniereflexe, Temperatur-, Schmerz-, Lagegefühl erhalten. Pupillenreaktion, Blasen- und Mastdarmfunktion nicht gestört. Nach mehrwöchentlicher Bettruhe erfolgt allmähliche Besserung.

Fall 2. 66jähriger Mann ohne Potus und Lues in der Anamnese. Hatte im letzten Sommer Anfälle von taubem Gefühl im rechten Arm und Bein, welche aber schliesslich aufhörten. Im November bekam er nach einer starken Erkältung plötzlich wieder ein Gefühl von Taubheit und Schwäche in den Beinen, die schliesslich so schwach und ataktisch wurden, dass er nur mit Unterstützung gehen konnte. Romberg'sches Symptom; geringe taktische Anästhesie in den Füssen, bedeutender Verlust des Muskelsinnes in Beinen und Armen, starke

Schwäche in den Untersckenkeln, geringere in den Armen. Knie- und Cremasterreflex fehlte. Geringe Incontinentia urinae und etwas Verstopfung. Sonst keine Störungen.

Fall 3. 76jähriger sehr rüstiger Mann, der mit 20 Jahren Lues gehabt und sich mit 75 wiederum infiziert hatte (Sekundärerscheinungen), bekam plötzlich taubes Gefühl und Schwäche in den Beinen, Symptome, die sich schnell steigerten, so dass er nach sechs Tagen nur mit Unterstützung stehen oder gehen konnte. Bewegungen frei, aber bedeutende Herabminderung der groben Kraft. Kniereflexe ein wenig verstärkt, gelegentlich gekreuzter Patellarreflex. Plantar- und Bauchreflex gering. Ataxie der Beine, Verlust des Lagegefühls in denselben. Unter antisyphilitischer Behandlung schnelle Besserung.

Fall 4. Der 38jährige Mann hatte mit 20 Jahren eine syphilitische Infektion mit Sekundärerscheinungen durchgemacht und mit 25 Jahren etwas Kopfschmerz und einen Anfall von Aphasie, der nur einen Tag dauerte. Mit 30 Jahren plötzlicher Anfall von akuter Ataxie und Taubheit im linken Arm; zugleich bestand geringe taktile Anästhesie und Verlust des Lagegefühls. Nach einigen Monaten besserte sich die Ataxie etwas und schwand schliesslich ganz. Sieben Jahre später plötzlicher Anfall von fast vollständiger Paraplegie der Beine mit Gefühl von Taubheit und Parästhesien. Auch jetzt trat wieder völlige Heilung ein.

Die akute nicht tabetische Spinalataxie ist nach D. etwa der Ausdruck einer spinalen Syphilis oder motorischen Schwäche, grosser Ataxie, Blasen- und geringen sensiblen Störungen. Sie kann nur eine Extremität ergreifen, meist sind aber beide Beine betroffen. Gewöhnlich folgt vollständige Heilung. Demgegenüber ist die akute bulbäre Ataxie, von der D. auch einen Fall mitteilt, meist die Folge einer Infektion und gewöhnlich der Beginn einer multiplen Sklerose. Es giebt auch eine akute neuritische Ataxie bei der multiplen Neuritis der sensorischen Form, die besonders bei der nicht alkoholischen Form der Neuritis, speziell nach Metallvergiftung und Diphtherie vorkommt.

Hoppe.

---

249) **Konindjy**: De l'extension et de son application dans le traitement des maladies nerveuses.

(Arch. de Neurol. Januar und Februar 1902.)

Verf. vertritt die Ansicht, dass Extension und Suspension bei der Behandlung von organischen Erkrankungen, in erster Linie natürlich von Rückenmarksaffektionen gute Dienste leistet und es nicht verdient, wie anscheinend der Fall ist, der Vergessenheit anheim zu fallen. Die thatsächlich dabei beobachteten üblen Zufälle erklärt er durch unsachgemässe Ausführung. Auf seine eingehende Zusammenstellung aller einschlägigen Arbeiten — über Erfolg, Mechanismus der Wirkung u. s. w. — sei hiermit hingewiesen. Verf. wendet zwei Methoden an; er hat einen Apparat als Kombination des Regnier'schen und Sprimonschen konstruiert, bei dem der Kranke auf einem Stuhl sitzt; das Becken wird fixiert und die Extension durch eine am Stuhl angebrachte Rolle ausgeübt, welche mit Gewichten beschwert werden kann und in der üblichen Weise an Kinn und den Achseln mit dem Zug einsetzt. Noch mehr bevorzugte er die von Jacob angegebene schiefe Ebene, die er etwas modifiziert hat, besonders um auch hier Zug durch Gewichte ausüben zu können; er beginnt mit einer Neigung von 30° und steigt bis zu 60°. Er hat durch mehrfache Prüfungen

die Verlängerung der Wirbelsäule — um 1—2 cm —, wobei die Halswirbelsäule etwas stärker beteiligt erscheint, als der Brustteil, bestätigt. Unangenehme Nebenwirkungen hat er wie gesagt nie erlebt, obwohl keine allzu vorsichtige Auswahl des Materials stattgefunden hat; denn trotz eigentlich geltender Kontraindikation der Suspensation bei Herz- und Lungenaffektionen, bei anämischen und fettleibigen Personen, sowie nach apoplektiformen Insulten haben mehrere Kranke der genannten Art die Behandlung gut vertragen. Es werden im Auszug einige Krankengeschichten mitgeteilt, um die erfolgreiche Wirkung zu illustrieren, so Wiederkehr der Achillessehnenphänomene, Aufhören der lancinierenden Schmerzen, Beseitigung der ataktischen Störungen bei Tabes (Kombination der Bewegungstherapie mit Extension beschleunigte den Erfolg). Der Arbeit sind acht Abbildungen beigegeben. Bennecke (Dresden).

---

250) **Huchzermeyer**: Zur Behandlung der Tabes.

(Die Therap. d. Gegenw. 1902 Juni, p. 254 ff.)

Es werden die verschiedenen Behandlungsweisen der Tabes besprochen. Ihre spezielle Indikation wird erläutert. Der kompensatorischen Uebungstherapie kommt die Bedeutung, speziell der Ruf eines spezifischen Heilmittels, welchen dieselbe allmählich gewonnen, nicht zu. Bei nicht bestimmt gegebener Indikation wirkt sie schädlich. Die Zeit für die kompensatorische Uebungstherapie beginnt erst dann, wenn nach jahrelangem Bestand des Leidens keine Verschlimmerung mehr erfolgt und die Ataxie das Hauptsymptom der Krankheit ist. Bildet Verlust an grober Kraft und starke Abnahme des Muskeltonus die Haupterscheinung, so ist von dieser Methode abzusehen.

Das Stadium der Latenz der Tabes kommt häufiger vor, wie in der Regel angenommen wird und verdient grössere Beachtung. Möglichst frühzeitige Diagnose und damit beginnende zweckmässige Behandlung können viel dazu beitragen, die noch vorhandenen Fähigkeiten und Kräfte zu konservieren, die Weiterentwickelung der Krankheit zu verlangsamen. Dem Kranken sind je nach seinen besonderen Verhältnissen die physischen Lebensbedingungen festzustellen und in scharf umgrenzte Vorschriften zu fassen unter gleichzeitiger Berücksichtigung seiner geistigen Thätigkeit und Fähigkeit. Je frischer eine Tabes, um so verwundbarer ist sie durch Hyperthermica und Ueberanstrengung. Bei vorhandener kausaler Indikation erweist sich mitunter eine antiluetische Kur als geeignet. Wickel (Dziekanka.)

---

251) **Arthur von Sarbó**: Die Therapie der Tabes vom ätiologischen Standpunkt.

(Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie. Bd. VI, Heft 4.)

Verf. schliesst sich der Ansicht Moebius an, dass in allen Fällen von Tabes Syphilis vorangegangen sei, und hält daher den Versuch einer antiluetischen Behandlung in jedem Tabesfalle für gerechtfertigt; selbstredend müsse individualisiert werden. Je eher die antiluetische Behandlung eingeleitet werde, desto mehr dürfe man hoffen, die Entwicklung der übrigen Symptome zu verhindern. Auch in allen Fällen von Augenmuskellähmungen, die in tabischem Alter auftreten, sei eine antiluetische Behandlung indiziert. — Die in erster Linie in Betracht kommende Methode der Behandlung sei die Schmierkur, der, wie schon Erb betont, eine allgemein roborierende Therapie folgen müsse.

Kölpin (Greifswald).

252) **August Frank** (Smichow): Wie wird die Uebungstherapie von Frenkel in Heiden gehandhabt?

(Prag. med. Wochenschrift. 1902. Bd. 27, Nr. 2—7.)

Verf. schildert auf Grund eines zweimonatlichen Aufenthaltes in Heiden, wie Frenkel mittels der von ihm angegebenen Methode die Tabiker behandelt. Am Morgen wird zunächst eine Bettübung von nicht mehr als zehn Minuten Dauer (einschliesslich der Pausen) ausgeführt, im Verlaufe des Tages sodann Uebungen im gymnastischen Saale vorgenommen. Hier gilt es zunächst, das Tempo des Gehens zu lernen, möglichst langsam, sodann die Basis zu verändern, zu verschmälern, weiter die Technik des Schrittes den Kranken klar zu machen. Das Vorwärtsgehen findet anfänglich unter genauer Kontrolle der Augen, später mit Veränderung der Blickebene und schliesslich mit Augenschluss statt. Im späteren Verlaufe der Uebungen wird auch die Haltung der Arme variiert. Als schwerere Uebungen werden Gruppenübungen vorgenommen, um wieder das Bewegen mit anderen Menschen zugleich zu erlernen. Sehr wichtig ist es, dass die Uebungen von Seiten des Arztes genau überwacht werden, damit die Kranken nicht ermüden, denn es kann nicht genug vor den Gefahren der Uebermüdung gewarnt werden. Unter genauer Kontrolle des Pulses muss die Muskelarbeit dosiert werden. Daher verbietet Fr. auch seinen Kranken, ausserhalb der vom Arzte vorgenommenen Uebungen eigenmächtig solche noch vorzunehmen. Aus dem gleichen Grunde verwirft er auch die Anwendung der Uebungen bei einer Badekur, denn diese greift sowieso schon genügend an. Höchstens werden leichte und mittelschwere Fälle von ihm zu gleicher Zeit noch galvanisiert und mit Halbbädern (26—24 R.) behandelt. Von der Anwendung der Massage ist Fr. im Laufe der Jahre ganz abgekommen, weil er davon nur schädlichen oder hinderlichen Einfluss gesehen hat. Eine besondere Diät verordnet er nicht. Obwohl die Uebungen zumeist auch die akuten Schmerzen der Tabiker günstig zu beeinflussen pflegen, giebt er noch, und zwar mit ausserordentlichem Erfolge, Pyramidon (0,4).

Die Anwendung der komplizierten, von Leyden-Goldscheider und Jacob angegebenen Apparate hält er für fehlerhaft und direkt schädlich, wie er im besonderen am Laufbarren, Fusskegel- und Gitter-Apparat nachweist; seine Gründe scheinen mir beachtenswert zu sein. Als einziges Hilfsmittel dient Fr. ein entsprechend grosser Raum und eine Anzahl Fussbodenzeichnungen. Grossen Wert legt er ferner auf die Uebungen im Bett. Die Art der Uebung, die Auswahl für jeden Fall, die Dosierung, Berücksichtigung der Hypotonie und des Ermüdungsgefühls werden bei der Behandlung ausschlaggebend sein. Die Prognose hängt nicht von der Schwere der Ataxie ab, sofern sie unkompliziert ist, dagegen hängt die Dauer der Behandlung wohl von der Schwere ab. Einige auffällig gebesserte Fälle, die Verf. in ihrem Verlaufe verfolgen konnte und hier wiedergiebt, bestätigen die Behauptung Frenkel's: „Jeder Ataktiker ist zu bessern, die meisten, wenn Zeit genug dazu ist, zu heilen, resp. dem Beruf wiederzugeben.“ Buschan.

IV. Syringomyelie.

253) **Kienböck**: Kritik der sogenannten traumatischen Syringomyelie.

(Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurolog., Bd. XXI, H. 1 u. 2.)

Eine der wichtigsten Fragen in der Pathologie des Rückenmarkes ist unzweifelhaft diejenige nach der Bedeutung des Traumas für die Entstehung

von Rückenmarkserkrankungen, zumal bei der Beurteilung eines so chronischen fortschreitenden Spinalleidens wie der Syringomyelie. Eine grosse Anzahl von Autoren nimmt einen Zusammenhang zwischen Trauma und Syringomyelie an, andere verneinen denselben und wieder andere halten die Frage für unentschieden. Der Verf. der vorstehenden Arbeit hat in überaus fleissiger Weise das gesamte einschlägige Material gesichtet und mit grosser Kritik übersichtlich verarbeitet. Diese Arbeit bedeutet zweifellos eine Bereicherung der klinischen Litteratur und darf von Niemandem übersehen werden, der sich mit dahingehörigen Fragen beschäftigt. Zwar präzisiert der Autor scharf und klar den Begriff der Syringomyelie und erhebt die logische Forderung, nur solche Krankheitsfälle mit diesem Namen zu belegen, in welchen das vorliegende Rückenmarksleiden nicht nur durch ein Trauma erzeugt wurde, sondern auch klinisch thatsächlich mit der Syringomyelie übereinstimmt. Die Syringomyelie ist ein chronisches Leiden und daher sind alle diejenigen Fälle als traumatische S. auszuscheiden, in welchen die zentrale traumatische Läsion ein der S. ähnliches Krankheitsbild erzeugte, aber das Wesentliche derselben, die Progression fehlte. Kienböck schlägt vor, für derartige Fälle die Bezeichnung traumatische Myelodelese zu wählen. Dieser Ausdruck präjudiziert nichts und bezeichnet nur eine schwere traumatische Rückenmarksläsion mit dem Bilde eines sofort nach der Gewalteinwirkung apoplektiform auftretenden schweren Lähmungszustandes. Die pathologisch-anatomisch untersuchten Fälle einer traumatischen S. halten gleichfalls der Kritik nicht Stand.

Es handelt sich in allen diesen Fällen nicht um S. im strengen klinischen Sinne, sondern um pathologische Prozesse, welche einen ähnlichen Befund zeigen wie die S. In anderen Fällen befällt die traumatische Einwirkung Personen, welche schon von Hause aus Anomalien der grauen Substanz aufweisen, und dadurch entstehen Krankheitsbilder, welche der S. gleichen, in Wirklichkeit jedoch zwei verschiedene Affektionen darstellen, die nebeneinander hergehen. Weiter sind in der Litteratur eine ganze Reihe von Krankengeschichten veröffentlicht worden, in welchen das Trauma als Ursache der S. entschieden geläugnet werden muss. Das Trauma ist in vielen Fällen so geringfügig, so „banal“, dass es schon an sich unwahrscheinlich erscheint, dasselbe als Krankheitsursache anzuschuldigen. In anderen Fällen ist die anfängliche Diagnose hernach von den Autoren selbst aufgegeben worden und wieder in anderen Fällen wurde eine „ascendierende Neuritis“ postuliert, um die Erkrankung des Rückenmarkes zu erklären. Da bis heute ein einwandfreier Beweis für die Entstehung einer „ascendierenden Neuritis“ nicht erbracht ist, so zerfallen alle diese Beobachtungen in sich selbst. Soweit sich die Litteratur übersehen lässt, ergiebt eine kritische Zusammenstellung derselben den Satz, dass sich auf dem Boden einer durch ein schweres Trauma entstandenen Rückenmarksläsion mit sofort apoplektiform auftretendem schwerem Lähmungszustand selbst nach Jahren und Jahrzehnten eine progrediente, chronische Rückenmarkserkrankung entwickelt. Die schwere traumatische Rückenmarksläsion führt stets zur Bildung einer Narbe, eines geschrumpften sklerotischen Gewebes. War das Individuum zur Zeit des Unfalles gesund, so entwickelt sich auf dem Boden der „traumatischen Rückenmarksnarbe“ weder eine chronische Myelitis, noch die Syringomyelie, noch die spinale Muskelatrophie. Der Ausgang ist stets eine sich ruhig verhaltende Narbe mit stationärem klinischen Zustande. In allen den Fällen, in welchen die

S. anscheinend im Anschluss an das Trauma auftrat, handelt es sich um Individuen, deren Rückenmark schon vorher erkrankt war. Der Unfall war ein wichtiger ätiologischer Faktor für die weitere Entwickelung des Leidens, nicht aber die Ursache der Erkrankung. Die Ursache der S. muss jedesmal, selbst, wenn wirklich das Trauma den ersten Erscheinungen vorangegangen sein sollte, in anderen Momenten gesucht werden. Das Trauma bildet nur eine Gelegenheitsursache bei schon vorhandener latenter S. Die thatsächliche Ursache der S. ist heute noch völlig dunkel, ob kongenitale Entwickelungsanomalien oder andere Momente diese Krankheit auslösen, ist ebenso unbekannt, wie die Pathogenese der echten Geschwülste. Behr.

---

254) **L. Bischofswerder**: Nevromes intramédullaires dans deux cas de Syringomyélie avec mains succulentes.
(Revue Neurologique IX. Bd., Heft 4, p. 178.)

Es handelt sich um die mikroskopische Beschreibung eines verhältnismässig seltenen Befundes bei Syringomyelie. In den Hintersträngen fanden sich auf Querschnitten abnorme, ovale Anhäufungen von markhaltigen Nervenfasern, deren Scheiden sich nur mangelhaft färbten. Aehnliche Neurome zeigten sich in den Vorderhörnern, im gliomatösen Gewebe der Höhlenwand eingebettet. Verf. ist geneigt, in diesen höchstens stecknadelkopfgross im Querschnitt erscheinenden Gebilden die Abkömmlinge vorderer und hinterer Wurzelfasern zu sehen, und erinnert an die Experimente Wagner's, welcher bei Katzen nach Exstirpation der vorderen Wurzeln ähnliche Gebilde im Rückenmark auftreten sah. Diese Hypothese hat viel für sich und würde eine sichere Stütze erhalten, wenn sich die Vermutung des Verf., dass der einseitigen Lage der Neurome auch eine vorwiegend einseitige Beteiligung des Plexus cervicalis entspricht, bestätigen sollte.

Ob diese Neurombildung für die Syringomyelie avec mains succulentes charakteristisch ist, kann erst durch weitere Erfahrungen ermittelt werden.

Storch.

---

255) **F. Sano**: Syndrôme syringomyélique étendu unilatéral.
(Journ. de neurol. 1901, Bd. 6, Nr. 8, S. 149.)

Die 31jährige, verheiratete Patientin, obgleich aus gesunder Familie stammend und bis dahin selbst gesund gewesen, macht einen physisch inferioren (degenerierten) Eindruck. Vor Jahresfrist begann sie über ein Gefühl von Steifigkeit und Eingeschlafensein, weiter von Schwäche, und zwar zunächst nur im rechten Arm, sodann auch in der entsprechenden unteren Extremität zu klagen. Diese Erscheinungen nahmen an Intensität immer zu.

Status bei der Aufnahme: Eine gewisse Parese des sympathischen Nervensystems in Höhe der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes, nämlich stärkere Rötung, Schwellung, Verengerung der Lidspalte und der Pupille auf der rechten Seite. Ferner bestehen trophische Störungen in Gestalt von Geschwüren an den Händen. Eine eigentümliche Erscheinung ist die sogen. thermische Asymmetrie, d. h. die rechte Körperhälfte weist eine geringere Körpertemperatur auf, als die linke. — Die Empfindung für Berührung ist auf der ganzen rechten Körperhälfte herabgesetzt, an der Unterextremität weniger, als im Gebiet des Trigeminus und der Oberextremität; ebenso

beträchtlich herabgesetzt ist die Sensibilität für Schmerz; an den Oberextremitäten, dem Hals und dem Gesichte besteht sogar Anästhesie. Die Empfindung für Temperatur ist nicht vorhanden an der rechten Körperhälfte bis zum Niveau des sechsten Dorsalnervenpaares herab; darunter geht die Unempfindlichkeit unmerklich in normales Verhalten über, jedoch bleibt die thermische Sensibilität auch hier gegenüber der linken Seite herabgesetzt. Die elektrische Sensibilität ist auf der rechten Körperhälfte gleichfalls herabgesetzt, aber keineswegs vollständig unterdrückt. Die Empfindung für Druck ist auf der rechten Seite deutlich herabgesetzt, desgleichen ist es die Knochensensibilität (mittels Diapason zu prüfen), besonders an der Oberextremität und dem Kopf, sie lässt sich genau in der Körpermittellinie abgrenzen. Dagegen erscheint die artikuläre Sensibilität über der ganzen rechten Seite normal, die Muskelsensibilität ein wenig geringer, als auf der linken Seite. — Es besteht kein Romberg'sches Zeichen. Die Gehirnnerven funktionieren normal; nur besteht eine leichte Herabsetzung des Geschmackes und des Gehörs auf der rechten Seite; ferner erscheint bemerkenswert eine Abnahme der Sensibilität des Kehlkopfes und eine Lähmung des Rekurrens auf der rechten Seite, schliesslich noch eine leichte Kontraktur der vom Accessorius versorgten Muskeln. — Im allgemeinen ist die Muskulatur der ganzen rechten Körperhälfte paretisch (besonders am Arme) und amyotrophisch (besonders an den kleinen Handmuskeln). Alle Muskeln sind der Sitz von Parästhesien, rheumatoiden, ziehenden Schmerzen etc. Infolge der rechtsseitigen Muskelschwäche hat sich bereits eine ganz charakteristische Kyphoskoliose mit einer nach links und vorn offenen Krümmung herausgebildet. Es bestehen nur wenig fibrilläre Zuckungen. Partielle Entartungsreaktion ist an den Muskeln der Hand und des Vorderarmes rechterseits vorhanden. — Die Hautreflexe sind rechts herabgesetzt, die Sehnenreflexe an der rechten Oberextremität wenig deutlich vorhanden, an der entsprechenden Unterextremität gesteigert bis zum Fussklonus; auf der linken Seite verhalten sich die Reflexe normal oder sind nur leicht gesteigert. Buschan.

---

256) **C. Heldenbergh**: Un cas de syringomyélie avec hypertrophie segmentaire d'un membre supérieur et avec troubles bulbaires.

(Journ. de neurol. 1901. Bd. 6, Nr. 1, S. 8.)

27jähriger, aus nervöser Familie stammender Student, der ebenfalls von Jugend auf nervös und reizbar gewesen ist, bemerkte im Anschluss an eine akute rheumatische Polyarthritis, dass seine rechte Hand für Kälte und Wärme weniger empfindlich geworden sei. Nachdem dieser Zustand sechs Jahre lang angehalten hatte, gesellte sich als neues Symptom ein krisenartig einsetzender Schluckkrampf hinzu, der zunächst acht Tage anhielt, sodann nach zwei wöchentlicher Ruhe von neuem einsetzte und dieses Mal sich mit dem Gefühl von Eingeschlafensein der rechten Oberextremität kombinierte, die ausserdem an Volumen vergrössert zu sein schien. Nach 14 Tagen ergriff diese Parästhesie, die auch mit Schmerzattacken einherging, die untere Extremität. Die Bewegungen in Arm und Bein waren infolgedessen sehr behindert. Gleichzeitig stellten sich weiter ein: Aphonie, Schlingbeschwerden und gewisse Respirationsbehinderung; indessen verschwanden diese Erscheinungen bald wieder, zunächst die Aphonie, dann die Schling- und schliesslich die Atembeschwerden. — Die

Maasse am rechten Arme sind ein ganz Teil grösser als am linken, z. B. Gesamtlänge rechts 79, links 77 cm, Umfang am Oberarm rechts 28, links 26 cm, am Ellenbogen rechts 24, links $22^1/_2$ cm, am Vorderarm rechts 27, links 24 cm, am Handgelenk rechts 21, links $20^1/_4$ cm und an der Handfläche rechts 22, links $20^1/_2$ cm. Die Sensibilität für Temperatur und Schmerz ist an den drei Segmenten der Oberextremität und an der oberen Thoraxpartie aufgehoben, an der entsprechenden Hälfte des Halses und Kopfes in hohem Grade herabgesetzt. Hingegen die Empfindlichkeit für Berührung, ebenso der Sinn für Lokalisation sind überall erhalten. Sonstige Sensibilitätsstörungen bestehen nicht. An der rechten Hand beträgt die dynamometrische Kraft $44^1/_2$, an der linken 33, an der rechten Ellenbogenbeuge rechts 34, links 31. Die auffällig geringe Druckkraft der linken Hand beruht auf der an ihr vorhandenen Amyotrophie: die Muskeln des Thenar und Hypothenar, sowie die Interossii und der Palmaris cutaneus sind atrophisch. Die Muskeln am Ober- und Unterarm aber sind auf beiden Seiten entsprechend entwickelt. Für die Unterextremitäten gilt das gleiche; eine Volumenverschiedenheit besteht indessen hier nicht. Bemerkenswert erscheint, dass die Amyotrophie der linken Hand schon sehr lange bestanden hat, sicherlich schon vor dem Entstehen des Rheumatismus. Die Empfindlichkeit für den faradischen Strom ist über der ganzen rechten Oberextremität erloschen. Die Muskelkontraktilität ist überall gut ausgeprägt, abgesehen von den oben bereits als atrophisch bezeichneten Handmuskeln; die Interossei allein sind ganz unerregbar. Die Sehnen-, Muskel- und Periostreflexe sind an den Oberextremitäten wenig ausgeprägt. Die Hautreflexe am Rumpfe fehlen. Pharynx- und Palmarhautreflex fehlen rechts. Knie- und Achillessehnenreflex rechterseits deutlich gesteigert. Kein Babinski-, noch Fussklonus- oder Femoral-Reflex. Vasomotorischer Reflex fehlt an der rechten Oberextremität, an der linken ist er deutlich vorhanden. Schweisssekretion beträchtlich herabgesetzt, an beiden Händen vollständig geschwunden. Haut ist auffällig trocken; an einzelnen Stellen der rechten Hand erscheint von Zeit zu Zeit eine schmerzlose Phlyctäne. Keine trophischen Störungen von Seiten der Nägel, kein Oedem. Der Muskelsinn und die motorische Koordination weisen keine Störung auf. Der Gang ist leicht behindert infolge eines gewissen Grades von Steifigkeit der rechten Unterextremität. Kein Romberg. Von Seiten der Brust- und Bauchorgane erscheint nichts bemerkenswert. Am Augenhintergrunde ist nichts Abnormes zu entdecken. Es besteht Nystagmus rotatorius, wenn die Augen nach rechts gehen.

Allem Anschein nach handelte es sich im vorliegenden Falle um eine Syringomyelie, die gleichsam angeboren ist und lange Zeit latent blieb, bis ein Gelenkrheumatismus sie zur Weiterentwicklung brachte. **Buschan.**

---

257) **Stolper:** Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma.
(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 23.)

An der Hand eines von ihm selbst beobachteten und durch gute Abbildungen illustrierten Falles erörtert Verf. die ursächlichen Beziehungen zwischen den bekannten Gelenkerkrankungen bei der Syringomyelie und Trauma. Das Bild der Gelenkerkrankung, die übrigens bei der Syringomyelie im Gegensatz zur Tabes vorwiegend die oberen Extremitäten betrifft, kann recht mannigfach sein; es imponiert als Luxation, als Arthritis mit geringen Veränderungen oder mit starkem serösen Erguss oder mit schweren deformierenden Prozessen.

Der Unfall kommt nur als verschlimmerndes Moment in Frage: daher ist hier besonders wichtig die Ermittelung der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Extremität vor dem Unfall, sowie die Feststellung, ob das Ereignis wirklich als Unfall im Sinne des Gesetzes zu deuten ist. Ernst Schultze.

---

258) **E. Huet et R. Cestan**: Sur deux cas de syringomyélie à topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs.

(Rev. neur. 1902. S. 1.)

Zwei Fälle von Syringomyelie werden mitgeteilt, die Verteilung der Sensibilitätsstörung wird auf das Genaueste geschildert. Dieselbe entspricht hier nicht, wie Brissaud es als Regel aufstellt, dem metameren Typus, sondern dem Innervationsgebiet der hinteren Rückenmarkswurzeln. Im ersten Fall ist der obere Teil des Plexus brachialis und der Cervikalwurzeln betroffen, im zweiten Fall ist der untere Ast des Plexus und Bezirke der Dorsalwurzel am schwersten geschädigt. Die beiden Fälle reihen sich den von Max Lähr, Dejerine, Hauser beschriebenen an. Peritz.

---

259) **de Brun**: Lèpre et syringomyélie.

(La presse médicale 1902, p. 339.)

24jährige Frau. An den Händen Muskelatrophie vom Typus Duchenne-Aran. Dissociierte Empfindungsstörung an beiden Händen und Unterarmen, proximalwärts abnehmend, ferner auch an den Unterextremitäten und im Gesicht. Diese Erscheinungen fasst Verf. als Syringomyelie auf, was von vornherein wegen der ungewöhnlichen Verteilung der Sensibilitätsstörungen sehr unwahrscheinlich ist; dazu kommt ein echt lepröses Exanthem am ganzen Körper; Pat. stammt aus einer Lepragegend. de Brun ist der Ansicht, dass es sich um eine Kombination von Lepra und Syringomyelie handelt, derart, dass die Lepra hier medulläre Läsionen von der Art der die Syringomyelie kennzeichnenden hervorgebracht hat. „Die Lepra kann die Syringomyelie hervorrufen, wenn auch nicht jede Syringomyelie leprösen Ursprungs ist.“ Der vorliegende Fall ist aber gewiss nicht geeignet, dieser sehr unsicheren und bestrittenen Lehre eine feste Grundlage zu geben. Cassirer.

---

260) **Huet et Guilliani**: Les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire dans la syringomyélie.

(La presse médicale 1901, 6, p. 29.)

Huet et Guilliani teilen ausführlich einen Fall von Syringomyelie mit, in dem die Sensibilitätsstörungen deutlich radikulär-segmentären Charakter trugen; betroffen waren die Cervikalsegmente bis zur 7. Cervikalwurzel. Sie schliessen sich der Meinung derjenigen an, die behaupten, dass dieser Typus der Sensibilitätsstörung allgemein bei der Syringomyelie vorhanden ist, und sich nur öfter verwischt, dadurch, dass eine grössere Anzahl von Wurzelsegmenten befallen ist. Auch dann zeige eine genaue Prüfung meist doch noch deutliche Differenzen in Bezug auf die Intensität der Störung in den einzelnen Wurzelgebieten. Cassirer.

---

261) **Brissaud**: Les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire dans la syringomyélie.

(La presse médicale 1901, Nr. 9, p. 48.)

Brissaud widerspricht unter Anerkennung des thatsächlichen Vorkommens reiner radikulären Anästhesien bei der Syringomyelie der Schlussfolgerung der im obigen Referat erwähnten Arbeit von Huet und Guilliani, dass diese reinen Formen die allgemeine Regel seien, besteht vielmehr auf seiner Ansicht, dass gewöhnlich eine Mischung radikulär- und spinal-segmentärer (longitudinaler und transversaler) Sensibilitätsstörung vorliege. Cassirer.

---

262) **Brissaud**: Syringomyélie à thermo-analgésie longitudinale et transversale.

(La presse médicale 1901, Nr. 99. p. 321.)

Brissaud beschreibt ausführlich einen Fall von mit Pachymeningitis komplizierter Syringomyelie, bei dem eine genaue Untersuchung der Sensibilität ergiebt, dass deren Störungen in doppelter Weise verteilt sind; es handelt sich teils um longitudinale, den Wurzeln entsprechend angeordnete, teils um transversale, den spinalen Metameren entsprechende Abschnitte von Thermanästhesie und Analgesie. Cassirer.

---

263) **De la Camp** (Berlin): Seltenere Syringomyelieformen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1901. Nr. 9.)

Erster Fall: Ein 49jähriger nicht belasteter Mann, der bisher stets gesund gewesen, bemerkte vor 6—7 Jahren eine Rötung seiner rechten Hand, die immer stärker, in den ersten Jahren aber nur im Winter auffällig wurde, seit drei Jahren aber dauernd ist. Dazu trat vor zwei Jahren zunehmendes Kältegefühl und vor einem Jahre starke Schmerzempfindlichkeit in der rechten Hand, an der schon ganz geringe Berührungen schmerzhaft empfunden wurden; an kalten Tagen wird die rechte Hand leichter kalt und ist schwerer zu erwärmen als die linke. Mit einer Abnahme der Kraft der rechten Hand, die sich vor zwei Jahren zeigte, verband sich bald Atrophie des Daumenballens, während die übrigen Finger allmählich dicker wurden.

Die Untersuchung ergab ausser einer leichten Arteriosklerose, grosser mechanischer Erregbarkeit der gesamten Muskulatur und Erhöhung der Reflexe vor allem trophische und vasomotorische Störungen am rechten Arm: am Ellenbogen eine thalergrosse livide Färbung der trockenen und schilfernden Haut, dunkelblaurote Färbung der Hand, die sich kühl anfühlt und eine glänzende schillernde Haut zeigt, starke Atrophie des Daumenballens mit partieller Entartungsreaktion, geringere des Kleinfingerballens mit Herabsetzung der direkten Erregbarkeit, im übrigen Verdickung der Hand, besonders der Finger; die Hand schwitzt weniger und zeigt kleinschlägigen Tremor und Hyperalgesie für alle Qualitäten. Grobe Kraft im rechten Arm herabgesetzt.

Trotz der mangelnden partiellen Empfindungslähmung stellt C. die Diagnose der Syringomyelie (höchstwahrscheinlich des untern vordern Halsmarks der rechten Seite).

Zweiter Fall: Ein Kutscher, der bereits seit 1897 eine Schwäche im linken Arm verspürt hatte, derart, dass er ausser stande war, nachts den Arm zu bewegen, erlitt Oktober 1898 eine Schädelverletzung durch einen Unfall, worauf bald Schmerzen und grössere Schwäche im linken Arm auftraten, die

so zunahm, dass der Arm bewegungsunfähig und im Schultergelenk steif wurde. Die Untersuchung ergab Ankylose des linken Schultergelenks (Knochenproliferationen, die vom Humerusende ausgingen), Atrophie des M. deltoideus, supra- und infraspinatus, des Daumenballens und des ersten M. interosseus, fibrilläres Zucken der Armmuskeln, Verringerung der groben Kraft, Empfindungslähmung für Schmerz und Temperatur bei Erhaltensein der übrigen Qualitäten.

Dritter Fall: 48jähriger Tischler aus phtisischer Familie, litt seit 1894 wiederholt an Anschwellung beider Füsse. 1897 Rötung und Schmerzhaftigkeit am linken Unterschenkel. Schliesslich entwickelte sich eine chronische Verdickung der Unterschenkel mit blauroter Färbung der Haut am rechten Unterschenkel und stärkere Schweissneigung des rechten Fusses, und im Laufe des letzten halben Jahres trat unter mässigen Schmerzen eine Verkürzung und Bewegungsbeschränkung der Lendenwirbelsäule auf. Die Untersuchung ergab ausserdem geringere aktive Beweglichkeit im rechten Fussgelenk, Atrophie der Erectores trunci, Herabsetzung der Schmerzempfindung und des Temperatursinns an beiden Unterschenkeln und Füssen, während die übrigen Empfindungsqualitäten erhalten sind, Erhöhung der Cremaster-, Bauch- und Kniereflexe. Während der Beobachtung trat ein fast schmerzloses Panaritium am rechten Fusse auf. — Auffällig ist in diesem Falle die ungewöhnlich früh auftretende Wirbelsäulenverkrümmung. Hoppe.

V. Multiple Sclerose.

264) **Klausner**: Ein Beitrag zur Aetiologie der multiplen Sclerose.
(Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXXIV, H. 3.)

Verf. hat 126 Fälle von multipler Sclerose — 78 Männer und 48 Frauen — in Bezug auf ihre Aetiologie zusammengestellt. Darnach bestand keinerlei ätiologisches Moment in 14 Fällen, Heredität in 31, Disposition in 23, Infektionskrankheiten in 25, Intoxikationen in 23, Trauma in 26, Ueberanstrengung in 9 und Erkältung in 13 Fällen. In vielen Fällen wirkten mehrere ätiologische Momente zusammen. Diese Statistik hat im allgemeinen also ein durchaus negatives Ergebnis; spricht aber entschieden gegen die Marie'sche Ansicht, dass die multiple Sclerose stets nach Infektionskrankheiten entstehe, und ebenso gegen Leyden, der sie als eine Art von chronischer Myelitis, also ebenfalls auf Infektion beruhend auffasst. Verf. schliesst sich deshalb durchaus der von Strümpell ausgesprochenen Ansicht an, dass der multiplen Sclerose im Wesentlichen ein endogener Ursprung zukomme. Kölpin (Greifswald).

---

265) **Windscheid**: Ein Fall von multipler Sclerose nach Trauma.
(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 1.)

Der vorher ganz gesunde, 21 Jahre alte Kranke, welcher vor ca. $1^1/_2$ Jahren aus einer Höhe von 90 cm mit dem Kopfe auf einen Balken gefallen war, zeigte blöden Gesichtsausdruck, herabgesetzte Intelligenz, skandierende Sprache, Schichtstaar, Parese der musc. recti externi und des linken obliquus inferior, Hängen des rechten Mundwinkels, deutliche Abnahme der motorischen Kraft der Beine, starken Romberg, breitbeinigen, schleppenden Gang, Unmöglichkeit ohne Stock zu gehen, enorme Steigerung der Patellarreflexe, Fussklonus. Von den Hauptsymptomen der multiplen Sclerose fehlten somit nur Nystagmus und Intentionszittern.

Der unmittelbare Zusammenhang zwischen Krankheit und Unfall wird vom Verf. nicht geleugnet, da im Anschluss an das Trauma sich die Symptome immer mehr und mehr entwickelt haben; multiple Sclerose sei kongenital veranlagt; zur Auslösung erscheine insbesondere das Schädeltrauma geeignet.

Ernst Schultze.

266) **H. Stursberg**: Zur Beurteilung des Zusammenhangs zwischen multipler Sclerose und Trauma.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 8.)

Die drei mitgeteilten Beobachtungen aus der Bonner medizinischen Klinik zeigen, wie vorsichtig man sein soll bei der Annahme eines traumatischen Ursprungs der multiplen Sclerose. Wenn auch der Erkrankte geneigt ist, das Leiden lediglich auf den Unfall zurückzuführen, so ergiebt doch oft genug eine genaue Durchforschung der Vorgeschichte, dass die Nervenkrankheit schon früher bestanden hat. So hatte in dem einen der Fälle der Verletzte früher an „akuter spinaler Lähmung“ gelitten, in einem andern ausser dieser allgemeinen Schwäche der Glieder eine Sehnervenerkrankung und Herabsetzung der Pupillen- und Kniereflexe gehabt, und in dem dritten war vorher Zittern und schlechter Gang dagewesen.

Eine Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens durch den Unfall wird man zugeben können, wenn das ganze Centralnervensystem von einer erheblichen Erschütterung betroffen wird.

Ernst Schultze.

267) **Demoor**: Un cas de sclérose en plaques au début.

(Journ. de neurol. 1901, Bd. 6, S. 664.)

Bemerkenswert an diesem Falle ist das Auftreten der ersten Symptome im Anschlusse an Gemütsbewegungen heftiger Art. Jede derselben hatte eine sofortige Schwäche in den Beinen und Zittern zur Folge, Erscheinungen, die im Anfange im Verlaufe von 12—36 Stunden fast vollständig wieder verschwanden, indessen, da die Emotionen immer wieder sich einstellten, mit der Zeit immer hartnäckiger bestehen blieben (10—12 Tage). Eine besonders heftige Aufregung hatte vor $1^1/_2$ Jahr eine komplete Paraplegie zur Folge, die nur langsam zurückging. Von diesem Augenblick an blieb die Steifigkeit der Beine bestehen und es entwickelte sich bald exacerbierend, bald remittierend das Bild der multiplen Sclerose.

Buschan.

268) **J. Crocq**: Un cas de sclérose cérébro-spinale disséminée.

(Journ. de neurol. 1901, Bd. 6, Nr. 7, S. 126.)

Eine 81jährige Frau bekam vor zwei Jahren infolge eines heftigen Schreckens Krankheitserscheinungen, die seitdem an Intensität zunahmen und in eigentümlichen Muskelzuckungen bestehen. Verf. unterscheidet drei Typen derselben.

1. Rhythmische, ziemlich langsame Oszillationen, die hauptsächlich an den Lippen, am Hals, an den Händen und Füssen ihren Sitz haben und unter dem Einflusse des Willens, sowie freiwilliger Bewegungen sich vermindern. 2. Fibrilläre Zuckungen, die am ganzen Körper vorhanden sind. 3. Einen Zustand spastischer Inkoordination, der bei freiwilligen Bewegungen und im besonderen, wenn die Kranke spricht oder ein Glas Wasser an ihre Lippen führt, deutlich

wird. — Im übrigen ist die Kranke stark abgemagert, ihre Glieder sind steif: die Motilität ist merklich behindert, die Zehen deformiert. Sensibilität ist intakt. Sprache skandierend spastisch: Artikulation der Worte beschwerlich. Plantarreflexe schwach, Kniesehnenreflex auf der rechten Seite stark ausgeprägt, links weniger deutlich ausgeprägt. Reflexe an Ellenbogen und Handgelenk normal. Abdominalreflex nicht möglich zu prüfen wegen der Schlaffheit des Bauches. Am Auge nur senile Veränderungen festzustellen.

Differentialdiagnostisch kommen für den Verf. in Betracht: Paramyoclonus multiplex, Athetose, fibrilläre Chorea, seniler Tremor und disseminierte Sclerose. Er geht diese Möglichkeiten durch und entscheidet sich für eine Kombination von senilem Tremor und multipler Sclerose, soweit das klinische Bild in Frage kommt; anatomisch fasst er das Krankheitsbild als eine disseminierte cerebrospinale Sclerose auf. Buschan.

---

269) **Viggo Christiansen**: 3 Tilfaelde af disseminerede Lidelser i Centralnervesystemet.

(Bibliotek for Laeger 1901, S. 331—364.)

Zwei Krankengeschichten, welche zeigen, dass die drei typischen Kardinalsymptome der Sclérose en plaques von der cerebralen Lokalisation abhängig sind. Eine Krankengeschichte, welche gut veranschaulicht, dass disseminierte Neoplasmen der Encefalitis hämorrhagica acuta gleichen können.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

270) **Raymond**: Tumeur du bulbe ou sclérose en plaques atypique.

(La presse médicale 1900, 49.)

Bei einer 34jährigen Frau, die Zeichen einer beginnenden Lungentuberkulose darbietet, stellt sich zuerst leichtes Taubheitsgefühl und Schwäche der rechten Hand ein. Unter allmählicher Zunahme der Beschwerden folgen Schwierigkeit zu schlucken und näselnde Sprache, und nach $^5/_4$ Jahren Taubheits- und Kältegefühl der rechten Gesichtshälfte. Die Untersuchung ergiebt eine spastische Parese beider Beine, besonders des rechten, geringe Parese auch an beiden Armen, ebenfalls rechts stärker und hier auch von leichten Sensibilitätsstörungen und einer Unsicherheit der Bewegungen begleitet. Hypästhesie im rechten Trigeminusgebiet, Störungen der Sprache und des Schluckens mit ausgesprochener Parese des Gaumensegels, des rechten Stirnbandes, Schwäche des rechten Facialis mit leichter quantitativer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit und schwankendem Gang. Ophthalmoskopischer Befund normal, ausgesprochener Nystagmus, kein Kopfschmerz, aber viel Schwindel. Die Erscheinungen schwanken an Intensität. Raymond diagnostiziert multiple Sclerose mit bulbärem Sitz und geht ausführlich auf die Differentialdiagnose ein. In Betracht kommen ausser der Sclerose noch der Tumor (Tuberkel) der Medull. oblong. Doch wären zur Erklärung der lokalen Symptome zwei Tumoren in je einer Hälfte des Medull. oblong nötig. Noch weniger kommen die ausserdem erwähnten Krankheitsbilder der asthenischen, der echten progressiven, der apoplektiformen und der Pseudobulbärparalyse in Betracht. Cassirer.

---

271) **R. Bálint**-Budapest: Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der multiplen Sclerose.

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 16. Bd., 5. u. 6. Heft.)

Verf. beobachtete auf Korányi's Klinik einen rasch verlaufenen Fall von multipler Sclerose, die sich zuerst nach einem Puerperium offenbart hatte und bei den weiteren Wochenbetten jedesmal rapide Fortschritte gemacht hatte. B. glaubt daher in der Gravidität eine Ursache der Sclerose sehen zu dürfen. Die histologische Untersuchung ergab neben älteren, total sklerosierten Herden frischere, welche sich durch eine perivaskuläre Entzündung und Markscheidenzerfall als myelitische Herde charakterisierten. J. Müller (Würzburg).

V. Vermischtes.

Die Trinkerheilstätte zu Ellikon an der Thur hat kürzlich ihren 13. Jahresbericht herausgegeben. Er enthält manches Interessante. Bestand am 1. Januar 1901: 39 Pfleglinge. Aufnahme im Jahre 1901: 70, davon 55 freiwillig eingetreten, 15 amtlich eingewiesen. 60 Schweizer, 10 Ausländer. Mehr Verheiratete als Ledige. Die Mehrzahl stand im Alter von 25—40, nur 2 unter 25, nur 3 über 50 Jahren. 9 Landwirte, 27 Handwerker, 4 Arbeiter und Handlanger, 17 Kaufleute, 5 Wirte, 8 höhere Berufe. Wein, Bier, Obstwein, Schnaps, Liköre waren die in der Regel genossenen Getränke. 46 waren chronische Trinker (Komplikationen: Delirium tremens, Psychopathie, Nervosität, Alkoholepilepsie, Imbezillität), 22 litten an einfacher Trunksucht (Komplikationen: Psychopathie, Neurasthenie, Imbezillität), 2 waren Dipsomanen. Von den 76 Entlassenen kommen 14 bei der Berechnung der Heilresultate in Abzug (frühe Entlassung wegen körperlicher Krankheit, Entweichungen, Geisteskrankheit etc.); von den 62 noch übrig bleibenden Entlassenen sind bis jetzt 45 abstinent geblieben, 8 halten sich noch gut, 7 sind rückfällig geworden, von 2 ist nichts bekannt. In den 13 Jahrgängen 1889—1901 sind von 613 Entlassenen, die zur Berechnung kommen, 364 (= 59,3 %) abstinent geblieben, 120 halten sich noch gut (19,5 %), 129 sind rückfällig geworden, bezw. haben nichts mehr von sich hören lassen (= 21 %). Man ersieht daraus, dass die Trinkerheilstätte in Ellikon schon sehr viel Gutes gestiftet hat. Die Anstaltsleitung legt auf Grund ihrer Erfahrungen die Grundsätze dar, die bei der Errichtung neuer Trinkerheilstätten zu berücksichtigen wären. Es seien hier nur zwei Punkte hervorgehoben: „Trinkerasyle zu gründen, wo noch keine Abstinenzvereine sind, ist ein gewagtes Unternehmen“ . . . „Man hüte sich aber, Trinkerasyle mit Irrenanstalten oder Korrektionsanstalten in Verbindung zu bringen; das wäre nach unserer Ansicht zum Voraus der Untergang der Sache.“ Man vergleiche mit dieser Anschauung die Ausführungen in der badischen Denkschrift, die unbegreiflicher Weise für eine Verbindung von Trinkerheilstätte und Irrenanstalt eintritt.

Auch sonst enthält der Jahresbericht der Ellikoner Heilstätte manches Wertvolle. Er sollte von allen gelesen werden, die sich mit der Frage der Trinkerbehandlung zu befassen haben. Denn aus ihm spricht die Erfahrung, die beste Lehrmeisterin in Fragen der Trinkerbehandlung. Gaupp.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Berlin SW. 11 und Leipzig.

Abonnenten dieser Zeitschrift erhalten die **„Zeitschrift für Elektrotherapie und die verwandten physikal. Heilmethoden auf Grundlage der Elektrotechnik“,** herausgegeben von Dr. Hans Kurella-Breslau, (monatlich ein Heft) zum ermässigten Preise von M. 6.— (anstatt M. 12.—) pro Jahr.

XXV. Jahrgang. **1902 Oktober.** Neue Folge. XXII. Bd.

I. Originalien.

Aus der Königl. Universitäts-Poliklinik für Nervenkranke des Professors C. Wernicke zu Breslau.

Der Mechanismus der Willkürbewegungen.

Von **Dr. E. Storch.**

Die Willkürbewegungen des menschlichen Körpers sind, so mannigfaltig sie uns auch erscheinen, zurückzuführen auf eine verhältnismässig geringe Zahl von Elementarbewegungen. Die Kraftmaschinen, die Muskeln, welche durch ihre Thätigkeit die einzelnen Abschnitte des festen Knochengerüstes gegeneinander bewegen, können immer nur in den Richtungen des geringsten Widerstandes wirken, und diese sind, von Nebensächlichem abgesehen, gegeben durch die Formen der einzelnen Gelenke.

Die Zugrichtungen der Muskeln sind daher überall in Uebereinstimmung mit den Richtungen, in welchen eine freie Bewegung der Gliedmassen möglich ist; jede andere Anordnung wäre eine Kraftvergeudung

und wird einmal, wie es bei Gelenkentzündungen nicht selten vorkommt, die Bewegungsmöglichkeit in einer Richtung aufgehoben, so gehen mit Sicherheit früher oder später alle die Muskelfasern zu Grunde, welche einen Zug in dieser Richtung ausüben.

Durch die Form und Zahl der Gelenke oder, was auf dasselbe hinauskommt, durch die Anordnung der Skelettmuskeln sind demnach die Elementarbewegungen ihrer Form und Zahl nach bestimmt.

In jedem einaxigen Gelenke, wie dem Radio-ulnar-, dem Humero-ulnar-, den Interphalangealgelenken ist nur eine einzige Drehbewegung in zwei entgegengesetzten Richtungen möglich. Die Beugung erfolge, wenn sich die Muskelelemente m_1, m_2, m_3 .... mit den beziehentlichen Intensitäten i_1, i_2, i_3 zusammenziehen, so dass man die Muskelthätigkeit hierbei als Summe von der Form $(i_1 m_1 + i_2 m_2 + i_3 m_3 \ldots)$ darstellen kann. Die Streckung werde wiedergegeben durch die Formel $(i^1_1 m^1_1 + i^1_2 m^1_2 + i^1_3 m^1_3 \ldots)$. Würde das Verhältnis $i_1 : i_2 : i_3 \ldots$ oder auch $i^1_1 : i^1_2 : i^1_3 \ldots$ sich ändern, so würde, wie man leicht einsehen kann, die Zugrichtung der Muskeln gegen die Richtung der freien Bewegungsmöglichkeit abweichen, es würde eine Kraftvergeudung auftreten. Wir müssen demnach die Energieverhältnisse, welche die Muskelelemente bei einer Elementarbewegung entwickeln, für in weiten Grenzen feste halten und werden folgerichtig schliessen, dass auch die Nervenelemente, welche zu einer solchen Elementarbewegung in Thätigkeit treten, eine entsprechende Unveränderlichkeit in der Intensität ihrer Erregung darbieten werden. Dagegen kann offenbar der Gesamtwert der beiden Summenformeln, je nach der Ausgiebigkeit, Geschwindigkeit und Kraft, mit welcher die Bewegung erfolgt, in weiten Grenzen schwanken. Bezeichne ich der Kürze halber die Innervationsformel für die Beugung $(i_1 m_1 + i_2 m_2 \ldots)$ mit B, die für die Streckung $(i^1_1 m^1_1 + i^1_2 m^1_2 \ldots)$ mit St, so kann ich diese mögliche Veränderung der Intensität der Gesamtinnervation durch Hinzufügung eines veränderlichen Faktors zu B und St ausdrücken: $n . B$ und $n^1 . St$.

In dem Augenblicke, wenn $n . B = n^1 . St$ ist, findet keine Bewegung statt.

Da $n . B$ in jedem Falle einen anderen materiellen Vorgang im Rückenmarke repräsentiert als $n^1 . St$, so kann von einer wirklichen Vergleichbarkeit beider natürlich nicht die Rede sein. Was wir daran vergleichen, ist ja auch nur die Richtung und Intensität der Bewegung, als welche sich diese spinalen Innervationen im Bewusstsein spiegeln, und wenn diese Bewusstseinsvorgänge mit einander vergleichbar sind, wenn sich Streckung und Beugung eines Gliedes bei gleicher Intensität zu 0 auf-

heben können, so müssen sie allerdings auf zwei entgegengesetzte Erregungen ein und desselben materiellen Bewusstseinssubstrates zurückgeführt werden.

In den zweiaxigen Gelenken reichen offenbar zwei Paare von Elementarbewegungen aus, um alle möglichen Bewegungen zu erklären. Bezeichne ich die Ad- und Ab-duktion in den Metacarpophalangealgelenken mit m . Ad und m^1 . Ab, so ist jede Bewegung darstellbar, wenn ich für Beugung und Streckung die alten Bezeichnungen beibehalte, durch: n . B + n^1 . Str + m . Ad + m^1 . Ab, und die Richtung, in welcher die Bewegung erfolgt, ist bestimmt durch das Verhältnis $(n + n^1) : (m + m^1)$.

In den dreiaxigen Gelenken, als deren vollkommensten Vertreter wir das Kugelgelenk der Schulter betrachten können, tritt durch die Möglichkeit der Rotation noch ein drittes Paar von Elementarbewegungen hinzu, so dass man sich leicht eine Vorstellung aller Elementarbewegungen des menschlichen Körpers machen kann.

Jede willkürliche Bewegung, sowie jede zielbewusste Handlung stellt sich äusserlich dar als eine Kombination von Elementarbewegungen, deren jeder ein elementarer spinaler Innervationsmechanismus entspricht. Innerlich aber, subjektiv, erscheint sie uns als eine vom Willen begleitete Vorstellung.

Diese Vorstellung aber ist lediglich eine räumliche. Will ich meine Nasenspitze mit dem Zeigefinger berühren, will ich einen Kreis, eine Ellipse, ein Dreieck zeichnen, einen Buchstaben schreiben, mich nach irgend einem Orte hinbegeben, so ist es immer die den Willen begleitende räumliche Vorstellung, von welcher die Form der ausgeführten Bewegung, eine bestimmte Kombination von Elementarbewegungen, allein abhängt.

Diese räumliche Vorstellung also wird getreu wiedergespiegelt in einer Kombination elementarer spinaler Innervationsmechanismen, und findet ihre cerebrale Grundlage, wie ich vor kurzem hier auseinandersetzte, in einer bestimmten Veränderung der Stereopsyche.

Dass der Wille selbst ein von dieser räumlichen Vorstellung unabhängiger Bewusstseinsvorgang ist, folgt daraus, dass dieselbe räumliche Vorstellung auch unabhängig von ihm bestehen kann. Ich kann eine Bewegung, die mir jemand vormacht, nachahmen. In diesem Falle entsteht die meine willkürliche Bewegung bestimmende Vorstellung durch eine Wahrnehmung. Ganz das Gleiche ist der Fall, wenn sich eine unwillkürliche Reflexzuckung, z. B. die Streckung des Unterschenkels, wie sie auf Beklopfen der Patellarsehne erfolgt, willkürlich wiederhole, oder auch irgend eine passive Bewegung.

In allen diesen Fällen erregt der sinnliche Reiz, welcher der Wahrnehmung zu Grunde liegt, in letzter Reihe die Stereopsyche, erweckt also eine räumliche Vorstellung.

Aber ebenso wie bei jeder passiven Bewegung werden auch bei jeder willkürlichen die Gelenkflächen gegeneinander verschoben, hier wie dort kann die Bewegung selbst mit den Augen verfolgt werden. Wenn also zur Ausführung einer bestimmten Willensbewegung eine bestimmte stereopsychische Erregung notwendiger Weise von Anfang an vorhanden sein, und so lange festgehalten werden muss, bis die Bewegung ihr Ende erreicht hat, so findet andererseits, so lange die Bewegung dauert, durch die Reizung der Gelenkflächen und der ihre Spannung verändernden Haut, häufig auch der Netzhaut, eine Erregung der Stereopsyche statt, welche hier mit der für den Willen massgebenden zusammentrifft.

Ist diese sinnliche Wahrnehmung, welche auf wirklicher Reizung der peripheren Sinnesfläche beruht, notwendig für die Ueberzeugung, dass ich eine gewollte Bewegung ausgeführt habe, oder reicht der blosse Bewusstseinsvorgang, der Willensakt in Verbindung mit der räumlichen Vorstellung an sich aus, mir diese Ueberzeugung, dass eine Bewegung stattfindet, aufzuzwingen? Mit anderen Worten: Ist die Veränderung, welche die räumliche Vorstellung von meinem Körper durch die bei der Ausführung der Bewegung erfolgenden Sinnesreize erfährt, einzig und allein Folge dieser Sinnesreize, oder kann die gleiche Bewusstseinsveränderung auch statthaben ohne sie, ohne dass also eine Bewegung erfolgt? Vermag der Bewegungswille, durch irgend einen Umstand an dem Abfluss auf die Muskulatur gehindert, die begleitende räumliche Vorstellung ebenso zu verändern, wie die bei der Bewegung erfolgenden Sinnesreize?

Wie ich an anderer Stelle ausführte, ist die räumliche den Bewegungswillen begleitende Vorstellung nichts anderes als die Vorstellung eines Körperteiles, dessen räumliche Lage sich ändert. Die bei der Bewegung entstehenden Wahrnehmungen erzeugen aber die gleichen Veränderungen dieser Vorstellung, so dass die Form der durch den Willensakt gegebenen stereopsychischen Erregung durch diese Wahrnehmungen nicht verändert wird. Es würde also aus meiner Theorie folgen, dass auch der Willensakt an sich denselben Bewusstseinsvorgang erzeugt, welchen wir bei der Bewegung wahrnehmen. Und in der That, unter Umständen ist der Wille zur Bewegung identisch mit dem Bewusstseinsakte bei der Wahrnehmung einer Bewegung.

Ich könnte zum Belege dieser Behauptung auf unser Traumleben hinweisen, auf die zahlreichen Fälle von Bewegungshallucinationen Geisteskranker, aber weil hier abnorme Bewusstseinszustände vorliegen, halte ich es für nötig, anderweitige Belege anzuführen.

Halten wir uns also an Seelenzustände, bei welchen Hallucinationen mit Sicherheit auszuschliessen sind.

Verschaffe ich mir ein Nachbild der untergehenden Sonne und betrachte es mit geschlossenem Auge, so mache ich in der Regel die Beobachtung, dass ich während des Hinblickens öfter den Fixierpunkt gewechselt haben muss, denn statt eines Sonnenbildchens sehe ich eine ganze Anzahl. So lange ich nun nur auf eines dieser Bildchen achte, bleibt die Erscheinung bewegungslos in der Mitte des schwarzen Gesichtsfeldes, sobald ich aber meine Aufmerksamkeit auf ein anderes hinlenke, d. h. ein anderes ansehen will, beginnt die ganze Nachbildfigur sich in der Richtung der Verbindungslinie des erst und zweit beachteten mit wachsender Geschwindigkeit zu bewegen. Ich habe also die Wahrnehmung, dass sich mein Sehraum als Ganzes bewegt. Man könnte sagen, dass diese Wahrnehmung von dem Reize herrührt, den die wirklich stattfindende Augenbewegung auf die Sinneselemente der Tenon'schen Kapsel oder der Augenmuskeln ausübt. Allein, wie schon Hering gezeigt hat, erzeugt die Verschiebung des Augapfels in seiner Höhle keineswegs eine Bewegungswahrnehmung, und zwar ebensowenig, wenn sie aktiv durch Muskelbewegung, wie wenn sie passiv durch Fingerdruck auf die Sklera erfolgt. Drehe ich mich nämlich mehrere Male rasch um meine Axe und bleibe dann plötzlich stehen, so geraten meine beiden Augen in hin- und herpendelnde Bewegung, trotzdem bleibt die Figur der Nachbilder, so lange ich meine Aufmerksamkeit ungeteilt auf ein einziges Nachbild richte, in voller Ruhe gerade vor mir stehen.

So tritt denn auch diese Bewegungswahrnehmung bei Leuten ein, deren Oculomotorius gelähmt ist. Ich hatte erst kürzlich Gelegenheit, dies bei einem Kranken zu beobachten, dem die Nachbilderscheinungen bisher offenbar fremd geblieben waren.

Von drei übereinander stehenden weissen Scheiben von etwa 1 cm Durchmesser auf schwarzem Grunde liess ich ihn die mittelste fixieren, bis er angab, dass die Ränder der Scheibe zu flimmern anfingen. Ich liess ihn nun die Augen schliessen, und er beschrieb mit deutlicher Ueberraschung völlig korrekt das negative Nachbild. Er sollte nun die oberste der drei Scheiben genau beschreiben, und sofort gab er an, dass sich die ganze Erscheinung nach oben bewege und verschwunden sei. Wollte er die untere Scheibe genauer betrachten, so floh die Figur nach unten. Trotzdem bewegten sich die Augen, wenn man ihn aufforderte mit dem Blicke einem bewegten Objekte zu folgen, wohl spurweise etwas nach aussen und innen, aber gar nicht von oben nach unten und umgekehrt.

Die Veränderung einer räumlichen Vorstellung, wie sie bei sinnlicher

Wahrnehmung einer Bewegung stattfindet, vermag also auch ohne sinnlichen Reiz durch autochthone Thätigkeit der Stereopsyche sich zu entwickeln.

Wir alle wissen, dass normaler Weise für unsere Gliedmassen die Sache anders liegt. So lange ich wache, bin ich auch bei geschlossenen Augen nie im Zweifel, ob ich dem Willen zur Erhebung meines Armes die That folgen lasse oder nicht. Ein Irrtum ist in dieser Beziehung völlig ausgeschlossen.

Anders aber ist das bei manchen Fällen von Erkrankung des Rückenmarks. Duchenne beschreibt folgende Erscheinung in seiner Abhandlung über die Koordination der Bewegungen. Er berichtet, dass einige der von ihm beobachteten Kranken bei geschlossenen Augen glaubten ihre Hand zu öffnen oder zu schliessen, wenn man sie dazu aufforderte, während sie in Wirklichkeit kein Glied rührten. Bei Verletzungen des Rückenmarks ist diese Täuschung durchaus nicht selten. Die Kranken glauben der Aufforderung ihre Zehen zu bewegen, nachzukommen, und sind beim Hinsehen sehr erstaunt, dass die Bewegung unterbleibt.

In allen diesen Fällen beruht die Täuschung darauf, dass die Ruhe der Glieder sich von der Bewegung durch keine sinnlichen Merkmale unterscheidet, beim Auge — weil physiologisch keine durch die Bewegung reizbaren Sinneselemente vorhanden sind —, bei den Gliedmassen, weil in den angeführten Fällen ein Krankheitsprocess diese normaler Weise vorhandenen Elemente vernichtet hat, so dass durch sie die den Bewegungswillen begleitende Vorstellung — eine Erregungsform der Stereopsyche — nicht beeinflusst werden kann.

Wir sehen daraus, dass die Wahrnehmungen, welche durch die von der wirklichen Bewegung ausgelösten Reize der Stereopsyche zufliessen, durchaus nicht das Wesentliche sind für das Bewegungsgefühl. Dieses beruht auf einem lediglich zentralen Vorgange: dem Willen zur Bewegung.

Diesem Willen zur Bewegung folgt aber unmittelbar die Ausführung mit derselben Naturnotwendigkeit wie der Donner dem Blitz. Aber Bedingung hierfür ist, dass erstens die motorische Bahn bis zum Muskel unversehrt ist und dass zweitens auch fortwährend Reize von den Sinneselementen des zu bewegenden Gliedes der Stereopsyche zuströmen können. Ist die Sensibilität vernichtet, so können die beabsichtigten Bewegungen entweder gar nicht oder doch nur sehr unvollkommen ausgeführt werden. Daraus folgt, dass der Bewegungswille die gewollte Bewegung nur erzeugen kann, wenn in jedem Augenblicke der Ausführung die Lage-Vorstellung des Gliedes durch sinnliche Momente nochmals erregt wird.

Wenn wir einem Tabiker auftragen, bei geschlossenen Augen mit der Fussspitze einen Kreis in der Luft zu beschreiben, oder mit dem Zeigefinger einen Buchstaben in der Luft zu zeichnen, so beobachten wir, wie unvollkommen er der Aufgabe gerecht wird. Dabei ist natürlich die Formvorstellung, die der Kranke von dem Kreise, dem Buchstaben hat, durchaus nicht von der des Gesunden verschieden; er beurteilt unter einer Anzahl ihm vorgelegter kreisähnlichen Zeichnungen dieselbe Figur als die der Kreisvorstellung am besten entsprechende, wie der Gesunde.

Wir alle wissen, um wieviel besser unsere Schriftzüge unseren Formvorstellungen entsprechen, wenn wir zum Schreiben hinsehen, als wenn wir die Augen schliessen. Das Einfädeln einer Nadel bei geschlossenen Augen gehört zu den schwierigsten Aufgaben.

Diese wenigen Beispiele werden genügen, um zu zeigen, dass die Vorstellung einer Bewegung an sich nicht zur Ausführung derselben genügt, sondern dass sie von Anfang bis zu Ende in jedem einzelnen ihrer auf einanderfolgenden Bestandteile auch durch sinnliche Reize erregt werden muss.

Wenn wir uns erinnern, welche Bedeutung ich dem Vorstellungsorgane, dem stereopsychischen Felde, zuschrieb, werden wir begreifen, dass diese Unfähigkeit, räumliche Bewegungsvorstellungen ohne Hilfe sinnlicher Merkmale zur That werden zu lassen, als notwendige Folgerung aus unseren Anschauungen hervorgeht. Ich habe darauf aufmerksam gemacht, dass beim Erwachsenen ein Innervationsmechanismus, wahrscheinlich im Kleinhirne, möglicherweise aber auch in einem anderen subkortikalen Ganglion, besteht, welcher reflektorisch auf Verschiebungen des Körperschwerpunktes thätig wird, indem er durch eine koordinierte Muskelaktion diesen immer wieder über den Mittelpunkt der Unterstützungsfläche zurückholt. Dieser selbe Mechanismus beherrscht auch die Blickrichtung der Augen und würde z. B. bei einem Falle nach vorn alle Muskeln an der Rückseite des Körpers, die Kopf- und Rückgratsstrecker, die Glutäen, die Unterschenkel-Beuger und die Wadenmuskeln in Kontraktion versetzen; zugleich würde er den Blick nach oben richten. Bei einem Falle nach hinten aber würden die Antagonisten dieser Muskeln sich zusammenziehen, die Augen nach unten gerichtet werden.

Es besteht also ein Apparat, welcher alle Muskeln des Körpers für eine Gesamtbewegung in bestimmter Richtung zusammenfasst. Für die Augenmuskeln hat man dieses Blickzentrum unter dem Zwange pathologischer Erfahrungen schon lange anerkannt, für die Skelettmuskulatur hingegen hat man sich bisher zu der entsprechenden Annahme noch nicht entschliessen können, obwohl, ganz abgesehen von den hier angeführten

physiologischen Erscheinungen die Klinik der Labyrinth- und Kleinhirnerkrankungen für das Dasein eines solchen Zentrums eine hinreichend beredte Sprache führt. Ich erinnere nur an das häufig zu beobachtende Ueberfallen nach einer bestimmten Seite bei Patienten, welche an Kleinhirn- und Labyrintherkrankungen leiden. Ich verweise ferner auf die zahlreichen und exakten Experimente J. Steiner's*), welcher bei einer grossen Zahl von Wirbeltieren und Wirbellosen durch bestimmte Verletzungen des Nervensystems die normale Vorwärtsbewegung in einer ganz bestimmten Richtung abzuändern vermochte. Ich zitiere aus Jaques Löb (Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie, Leipzig 1899, p. 108): „In einer gemeinsamen Arbeit hatten Garrey und ich festgestellt, dass wenn man einen konstanten Strom durch einen Trog schickt, in dem sich Ambystomalarven befinden, eigentümliche Aenderungen in der Haltung des Tieres zu beobachten sind. Geht der Strom in der Längsrichtung durch das Tier und zwar in der Richtung vom Kopf zum Schwanz, so wird der Rücken des Tieres konvex, der Bauch konkav.“ Die Beine stehen so, als ob das Tier mit Macht nach vorne strebte. Wird die Stromrichtung umgekehrt, so wird der Rücken konkav, der Bauch konvex und das Tier scheint sich, nach der Haltung der Beine zu urteilen, gegen einen Zug nach vorne zu stemmen, d. h. nach hinten zu streben. Aehnliche Beobachtungen machte L. an Flusskrebsen. Interessant ist, dass auch Loeb in diesen Innervationsmechanismen, welche ganz den beim Menschen beschriebenen entsprechen, den Schlüssel für unser Verständnis der Willkürbewegungen ahnt. p. 113 l. c. äussert er: „Hiermit eröffnet sich uns vielleicht eine Aussicht zu begreifen, wie es kommt, dass derselbe optische Reiz oder dieselbe Raumvorstellung imstande ist, unsere Augen nach einem bestimmten Punkte zu richten, unsern Kopf dahin zu drehen, unsern Finger dahin zu führen, und unsere Beine in solche Thätigkeit zu versetzen, dass unser Körper dahin gelangt.“

Nun dieser subkortikale Reflexapparat kann genau so wie die Bewegungen in einem Kugelgelenk auf drei Elementarmechanismen zurückgeführt werden, deren jeder den Schwerpunkt in einer auf den beiden anderen Richtungen senkrechten Richtung bewegt. Je nach der Intensität, in welcher diese drei cerebellaren Elementarinnervationen zusammenwirken, ist die Bewegungsrichtung des Körperschwerpunktes eine verschiedene. Daher könnte man den subkortikalen Apparat, dessen Thätigkeit in der auf Sinnesreize erfolgenden Kombination dieser drei Mechanismen besteht, sehr wohl auch das subkortikale Richtungszentrum nennen.

---

*) Die Funktionen des Zentralnervensystems.

Wir kennen ein Sinnesorgan, das Labyrinth der Bogengänge, von dem aus dieses Richtungszentrum direkt, d. h. ohne Vermittelung eines Sinneszentrums, erregt werden kann, aber es wäre ein Irrtum, wollte man diesem Organ allein diese Eigenschaft zusprechen. Auch Taubstumme, welche häufig zugleich mit der Funktionsfähigkeit der Cochlea die des Bogenganglabyrinthes eingebüsst haben, vermögen bei allen Bewegungen und in jeder Haltung ihr Gleichgewicht zu bewahren, und wir müssen annehmen, dass bei ihnen die Verschiebung in den Gelenkflächen, oder auch die Gesichtsempfindungen das subkortikale Zentrum zu den richtigen motorischen Impulsen veranlassen können. Ja, es ist sogar höchstwahrscheinlich, dass auch die in der Haut gelegenen Sinneselemente dieselbe Rolle spielen können. Sicher ist es, dass eine hochgradige Herabsetzung des Gefühls in der Fusssohle die Sicherheit beim Stehen und Gehen beeinträchtigt.

Sind nun diese Sinnesreize stark genug, um sich bis ins Grosshirn fortzupflanzen, so erzeugen sie das Gefühl der Bewegung in einer bestimmten Richtung. Am geeignetsten die Verschiedenheiten dieses Gefühls an den Verschiedenheiten des Reizes zu verfolgen, ist zweifellos das Bogenganglabyrinth, als das höchst differenzierende Organ der tiefen Sensibilität. In seinen drei Ampullen enthält es je eine Ansammlung von Sinneszellen. Wird es in irgend einer Richtung fortbewegt, so werden alle drei Maculae in bestimmter Weise gereizt, bei Bewegung in einer anderen Richtung ändert sich das Intensitätsverhältnis der drei Reize, so dass jede vom Labyrinth der Bogengänge vermittelte Wahrnehmung zurückgeführt werden kann auf eine Kombination von drei elementaren Energieen. Jeder solchen Kombination entspricht eine bestimmte Reflexbewegung und eine bestimmte Richtungswahrnehmung. Es muss also jeder Elementarenergie des subkortikalen Richtungszentrums eine solche in der Grosshirnrinde entsprechen, deren Erregung uns psychisch als eine der drei Grundrichtungen des Raumes erscheint. Nimmt die Intensität einer solchen Erregung zu oder ab, so haben wir das Gefühl, in dieser Richtung bewegt zu werden und zwar entweder in dem einen oder in dem entgegengesetzten Sinne.

Bekannt ist das Gefühl des Dahingleitens in einem Kahne. Ob ich aber den sinnlichen Reiz als Bewegung in der Richtung A B oder B A empfinde, hängt lediglich von der Vorstellung ab, die ich mir von der Bewegungsrichtung gebildet habe. Befinde ich mich nämlich in gleichförmiger Fahrt, so findet überhaupt, solange ich die Augen schliesse, keine Veränderung der Sinnesreize statt, und ich kann daher, auf dem Rücken liegend, glauben, dass ich kopfwärts oder fusswärts dahingleite.

Wird jetzt aber die Fahrt merklich beschleunigt, so habe ich je nach der Vorstellung der Bewegungsrichtung das Gefühl, dass eine Verlangsamung in der Richtung A B, oder eine Beschleunigung in der Richtung B A stattfindet. Der Intensitätszuwachs des Reizes vermindert die eine, oder erhöht die entgegengesetzte Vorstellung.

Dasselbe Gefühl, bewegt zu werden, können wir nun auch durch Vermittelung jedes anderen Sinnes wahrnehmen, vorausgesetzt, dass die Vorstellung ein und derselben Richtung durch die Wahrnehmung in ihrer Intensität verändert wird. So brauchen wir nur von einer Brücke, oder noch besser vom Bord eines verankerten Schiffes in den fliessenden Strom hinabzusehen, um dasselbe mit zwingender Gewalt zu empfinden. Die Erklärung ist einfach: Die Netzhautelemente eines Meridians gehören sämtlich zu einem einzigen Innervationsmechanismus des subkortikalen Richtungszentrums, da der Fixationsreflex für alle auf einem Meridian gelegenen Elemente der Verschiebung des Körperschwerpunktes in einer einzigen Richtung entspricht. Nur die Intensität der Augenmuskelinnervation nimmt von der Macula nach der Peripherie hin zu. Wenn nun dasselbe Wasserteilchen nach einander die verschiedenen Netzhautelemente eines Meridianes durch die von ihm ausgehenden Lichtstrahlen reizt, so wird successive dieselbe Richtungsvorstellung in zunehmender oder abnehmender Intensität erregt. In dem Augenblicke, wo ich die festen Gegenstände des Ufers ins Auge fasse, hört die Täuschung auf. Die Vorstellung, dass ich mich in der Richtung A B bewege, wird ersetzt durch die umgekehrte, dass der Strom in der Richtung B A fliesst.

Auch eine gleichmässige Luftströmung, die meine Körperoberfläche trifft, vermag, wenn die äusseren Bedingungen zutreffen, wenn ich mich z. B. in einem Kahne befinde, die gleiche Täuschung zu erwecken. Dasselbe gilt von einem Geräusch, das in gleichmässiger Intensitätsänderung mein Ohr trifft, von einem Licht, das langsam heller oder dunkler wird, und wahrscheinlich auch von den Gerüchen.

Kurz jede Sinnesempfindung erregt das zentrale Projektionsfeld des subkortikalen Gleichgewichtszentrums, die Stereopsyche, in der gleichen Weise. Verändert sich durch den sinnlichen Reiz die wahrgenommene Richtung, ohne dass zunächst die Intensität der Richtungsvorstellungen sich ändert, so nehmen wir eine Kreisbewegung wahr, und ändert sich sowohl die Richtungsvorstellung wie ihre Intensität, so findet die wahrgenommene Bewegung auf einer irgend wie geformten Linie statt.

Wir können aber auch gleichzeitig, vor allem durch das Auge und das Getast eine unbeschränkte Anzahl von Richtungen in den verschiedensten Intensitäten auffassen, und so lange die Intensität der durch sinnliche

Reize wachgerufenen Richtungsvorstellungen unverändert bleibt, nehmen wir ein im Raume ruhendes Gebilde wahr.

Es ist sehr interessant, dass wir auch in diesem Falle durch einen reinen Willensakt die Intensität der vorhandenen Richtungsvorstellungen in ihrer Gesamtheit vergrössern oder verkleinern können. Wenn ich mir das Nachbild einer brennenden Petroleumlampe verschaffe und dieses bald auf einem nahen, bald auf einem fernen Hintergrund betrachte, so nehme ich das Nachbild bald kleiner, bald grösser wahr. Bei einiger Uebung gelingt es nun aber auch, bei geschlossenen Augen die Grösse des Nachbildes ganz nach Belieben zu verändern. Ziehe ich es durch meinen Willen an mich heran, so zieht es sich zusammen, stosse ich es durch einen Willensakt in die Ferne, so dehnt es sich aus, als ob es aus Kautschuck bestände.

Die Stereopsyche, in deren Erregung also alle Sinnesthätigkeit gipfelt, ist das alle unsere räumlichen Vorstellungen vermittelnde Organ. Es ist zu jeder, auch der kompliziertesten Kombination von Richtungsvorstellungen fähig, aber auf welchem Wege bewirkt es deren Umsetzungen in Bewegungen? Physiologisch gesprochen, welches sind die Bedingungen, unter denen eine Erregungsform der langen Associationsneurone, die Vorstellung von der Erhebung des rechten Armes z. B., überfliessen kann auf die motorischen Rindenelemente, welche durch Vermittelung des Rückenmarkes diese Bewegung ausführen?

Wir haben gesehen, dass das stereopsychische Feld als kortikale Vertretung des subkortikalen Richtungszentrums, welches zu allen Muskelgebieten ohne Ansehen der einzelnen Körperteile die gleiche Beziehung hat, an und für sich durchaus nicht irgendwelche bestimmten Muskeln besonders leicht erregen kann. Sehen wir uns die Thätigkeit der Stereopsyche, die Raumvorstellung an, wie sie sich frei von allem sinnlichen Beigeschmack kundgiebt! Der abstrakte Raum der Mathematiker hat keinerlei Beziehung zu unserem Körper. Aber der Raum, in dem wir leben und handeln, der Raum, den wir allen unseren Bewegungen und Handlungen zu Grunde legen, zeigt immer eine solche Orientierung. Seine drei Hauptausmessungen sind immer nach sinnlichen Anhaltspunkten orientiert, oben, unten, vorne, hinten, rechts und links. Ein fortwährender Zustrom von Sinneswahrnehmungen hält in der Stereopsyche ganz bestimmte Hauptrichtungen fest. So lange wir wachen, haben wir eine räumliche Vorstellung unseres Körpers infolge sinnlicher Reize und diese aus ihr hervorgehende Orientierung im Raume ist die Vorbedingung zur Ausführung einer Bewegung überhaupt.

Diese uns überall begleitende sinnliche Empfindung von unserem Körper wird normaler Weise durch alle Sinnesorgane vermittelt und alle rufen die gleiche räumliche Vorstellung hervor. Die tiefe Sensibilität, mit Einschluss des Bogenganglabyrinthes, belehrt mich über oben und unten, ebenso wie das Gefühl in meinen Fusssohlen, das Gefühl meiner Kopfhaut, ebenso wie meine Gesichtsempfindungen.

Will ich meine Körperlage ändern, will ich mich z. B. niederlegen, so bringe ich meinen Körper in eine Haltung, welche der neuen Vorstellung entspricht, ich bewege mich so, dass die sinnlich empfundene Lage mit der vorgestellten übereinstimmt. So lange dies der Fall ist, bin ich nämlich orientiert und Herr meiner Bewegungen. Anders aber, sobald diese Uebereinstimmung, diese Harmonie der durch die verschiedensten pathopsychischen Erregungen wachgerufenen Raumvorstellungen verloren geht, sobald die verschiedenen Sinnesorgane verschiedene Vorstellungen von der Lage meines Körpers erwecken, Vorstellungen, die miteinander in Widerspruch stehen.

Drehe ich mich nicht zu rasch um meine Längsaxe bei geschlossenen Augen, so bleibt die den Bewegungswillen begleitende Vorstellung völlig im Einklange mit den durch die Bewegung vermittelnden räumlichen Wahrnehmungen. Beschleunige ich aber die Bewegung plötzlich, so bleibt die Endolymphe der Bogengänge ihrer Trägheit zufolge hinter der wirklichen Drehungsgeschwindigkeit zurück, und ich nehme durch diesen Sinnesreiz eine langsamere Bewegung wahr, als sie der Vorstellung des Bewegungswillens entspricht. Diese Vorstellung wird durch die Hautreize, welche die Luftströmung erzeugt, durch die Verschiebungen der Gelenkflächen, welche die Zentrifugalkraft bewirkt, aber sinnlich gestützt und müsste gleichzeitig in verschiedener Intensität in meinem Bewusstsein existieren. Ich müsste wahrnehmen, dass ich mich in ein und derselben Richtung mit verschiedener Geschwindigkeit um meine Axe drehe, oder was auf dasselbe hinauskommt, dass ich mich zu gleicher Zeit nach rechts und links drehe. Diese Vorstellungen sind miteinander unvereinbar; ich werde räumlich desorientiert oder schwindlig.

Führe ich die Drehung offenen Auges aus, so entspricht die Geschwindigkeit, mit welcher die Gegenstände über die Netzhaut hinziehen, auch nicht der Geschwindigkeit, welche ich durch die Gelenk- und Hautreize wahrnehme. Denn die Augen, in ihrer Bewegung aufs engste abhängig von den Labyrintherregungen, bleiben ebenfalls, sobald die Drehgeschwindigkeit beträchtlicher wird, hinter der wirklichen Drehung zurück.

Halte ich plötzlich mit der Drehung ein, so habe ich nunmehr von dem unbewegten Körper die sinnliche Vorstellung der Ruhe. Aber der

Labyrinthreiz und mit ihm die Augenbewegungen dauern an. Die Vorstellung der Ruhe und die gleichzeitige Vorstellung der Bewegung meines Körpers vernichten die Orientierung im Raum. Es giebt kein vorn und hinten, kein rechts und links, ich bin schwindlig. Zu gleicher Zeit ist die Herrschaft über meine Bewegungen sehr herabgesetzt, denn damit ich mich willkürlich bewege, muss ich von dem Ziel, dem Wohin, eine Vorstellung haben.

Ganz derselbe Vorgang, eine Verwirrung der Richtungsvorstellungen, findet statt bei hin und her gehenden, schaukelnden Bewegungen, die sinnlich geweckten Richtungsvorstellungen widersprechen einander und heben sich beim höchsten Grade bis zum Schwinden jedes räumlichen Bewusstsein und damit des Bewusstseins überhaupt, auf. Interessant ist, dass jedes Schwindelgefühl von einer Art Uebelkeit und einem Kleinwerden des Pulses begleitet ist. Das beweist den Einfluss der Stereopsyche auf die lebenswichtigen Zentren der Medulla oblongata.

Im Prinzip übereinstimmend, im einzelnen etwas abweichend von dem Mechanismus des Dreh- und Schaukelschwindels, erklärt sich der sogenannte Höhenschwindel.

Das Gefühl, das ich aus eigener Anschauung kenne, tritt leicht dann ein, wenn man sich in grösserer Höhe 10 und mehr Meter über dem festen und sichtbaren Erdboden, oder der Meeresoberfläche befindet. Es beginnt mit der Wahrnehmung, dass sich der Erdboden bewegt, hin- und herschwankt und auf Einen zuzustürzen scheint. Dazu gesellt sich eine wachsende Angst hinabzustürzen, und endlich ein lähmungsartiges Gefühl der Schwäche, des Schwindens und eine Unfähigkeit zu jeder Bewegung.

Ich habe an anderer Stelle auseinandergesetzt, wie die wahrgenommene Grösse eines Objektes in weiten Grenzen unabhängig ist von der Grösse der Netzhautbilder, welches die Wahrnehmung vermittelt, dass ich z. B. einen erwachsenen Mann in 10 m Entfernung nicht kleiner sehe als in 1 m Entfernung. Diese selbe Vorstellung der wirklichen Objektivgrössen habe ich nun auch, wenn ich in die Tiefe hinabblicke. Dabei schwankt mein Körper leicht hin und her, wie das auch auf ebenem Boden der Fall ist. Aber während unter den gewöhnlichen Bedingungen das Auge bei diesen Schwankungen nur auf Strecken von wenigen Centimeter Grösse über den Boden hingleitet, durchläuft es von einem erhöhten Standpunkte aus ebensoviel Decimeter oder Meter. Da nun der Fussboden nicht schwanken kann, muss notwendiger Weise die Vorstellung entstehen, dass mein Körper hin und her schwankt. Dem aber widerspricht die Vorstellung, welche durch die Reizung des Bogenganglabyrinthes und

der Gelenkempfindungen in mir entsteht. Ich nehme aber zwei unvereinbare Bewegungen meines Körpers zu gleicher Zeit wahr. Natürlich wird das Missverhältnis um so grösser, wenn ich die Gesichtswahrnehmungen und die von ihnen hervorgerufenen räumlichen Vorstellungen durch Gegenbewegungen kompensieren will. In dem Augenblicke, wo ich von dem Abgrunde zurücktrete und der Blick nach vorn unten wieder den Erdboden in der gewohnten Entfernung trifft, hört der Schwindel auf.

Die Orientierung unseres Körpers im Raum und damit unsere praktische Raumvorstellung — wie ich sie deshalb nennen möchte, weil sie die Grundlage aller Bewegungen und Handlungen bildet — ist also durchaus kein unabhängiger psychischer Vorgang, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Wahrnehmung infolge der verschiedensten Sinnesreize. Würden all diese von der Peripherie stammenden Erregungen der Stereopsyche wegfallen, z. B. durch eine ausgedehnte Anästhesie, so würde damit natürlich unsere praktische Raumvorstellung und damit auch unsere Fähigkeit zu Willkürbewegungen aufhören.

Wir sind nun nicht im stande, sobald wir uns irgend eine anschauliche wirklich räumliche Vorstellung bilden wollen, von der fortwährend wachgehaltenen sinnlichen Vorstellung unseres Körpers abzusehen. Jeden Gegenstand stellen wir uns in einer bestimmten, nur durch seine Beziehung auf unseren Körper verständlichen Grösse vor in einer bestimmten Lage im Raum. Von dem räumlichen Momente der Wahrnehmcng unterscheidet sich das der Vorstellung, das nach Aufhören des Sinnesreizes zurückbleibt, nur durch einen Mangel an Bestimmtheit. Beide Momente sind Modifikationen des praktischen Raumes. Dagegen ist das räumliche Moment eines Begriffes ohne Beziehung zu unserem Körper.

Man versuche sich einmal genau irgend eine bekannte Gegend. ein bekanntes Gesicht vorzustellen, man wird erstaunt sein, wie wenige der darin gelegenen räumlichen Momente wirklich in unserem Bewusstsein sind. Bekannt ist ja, dass wir vor die Aufgabe gestellt, eine Münze, ein silbernes 20 Pfennig-Stück, eine Mark, einen Thaler zu zeichnen, den Umfang stets viel zu klein machen und sehr überrascht sind bei dem sinnlichen Vergleich der wirklichen Münze mit der vermeintlichen als Kreis gezeichneten Grösse über das Fehlerhafte unserer Vorstellung.

Nun diese Vorstellungen von Objekten, denen, das muss man sich immer gegenwärtig halten, die sinnlich gegebenen Vorstellungen von unserem Körper als Vergleich doch eine sinnliche Stütze geben, sind viel zu unbestimmt, als dass wir auf ihnen allein fussend diese Objekte in einer bestimmten Richtung fortzubewegen vermöchten. Man lege eine Schrotkugel auf den Tisch und stelle sich die Aufgabe, sie bei ge-

schlossenen Augen in einer bestimmten durch einen Kreidestrich bezeichneten Richtung fortzubewegen! Nachdem man sich die Situation möglichst genau angesehen hat, schliesst man die Augen und versuche die Aufgabe mit der Spitze eines Zeigefingers auszuführen. In dem Augenblicke, wo ich die Augen schliesse, wird die Schrotkugel, die Richtung, in welcher sie liegt, ihre Entfernung, d. h. die Intensität der Richtung, der Kreidestrich, auf dem sie fortbewegt werden soll, zur blossen Vorstellung, die Wahrnehmung verliert ihre pathopsychische Komponente. Zugleich aber verliert auch die räumliche Komponente ihre Bestimmtheit. Wenn ich nämlich meine Zeigefingerspitze in der vermeintlichen Richtung bewege, so glaube ich damit meiner Vorstellung zu genügen, d. h. die ganz bestimmte Richtungsvorsteilung, welche die Wahrnehmung der Bewegung in mir erzeugt, genügt meiner nichtsinnlichen Vorstellung von der Lage der Schrotkugel. Dieser Vorstellung genügen aber noch unzählige andere Bewegungen, denn wenn mein Finger die Tischplatte erreicht und die Schrotkugel nicht trifft, so tastet er so lange umher, bis er an sie anstösst; jede Lage, die mein Arm hierbei annimmt, würde meiner Vorstellung von der einzuschlagenden Richtung genügen, so lange ich nicht durch den Reiz der ebenen Tischplatte die mit der Vorstellung der Schrotkugel unvereinbare Wahrnehmung einer ebenen Fläche habe. Habe ich endlich die Schrotkugel gefunden und bewege sie meiner Vorstellung von dem Kreidestriche gemäss, so bemerke ich, sobald ich die Augen wieder öffne, dass auch diese Bewegung der gestellten Aufgabe nur unvollkommen gerecht wurde. Eine solche Bewegung, welche dem gesetzten Zwecke nicht entspricht, nennen wir eine ataktische. Die Ursache der Ataxie ist in diesem Falle die Unbestimmtheit der Vorstellung, welche immer dann eintritt, wenn sie nicht durch Sinnesreize gebannt, festfestgehalten wird. Sobald ich die Augen öffne, gelingt die Erfüllung der Aufgabe sicher und leicht, d. h. mit dem geringsten Kraftaufwande.

Wie wir die Schrotkugel aber nur unserem Willen gemäss bewegen können, wenn wir sie sinnlich wahrnehmen, so ist auch die Bewegung unserer Gliedmassen dem Willen gemäss nur möglich, wenn die Vorstellung derselben fortwährend durch sinnliche Reize wach erhalten wird. Es genügt nicht, dass ich im allgemeinen über oben und unten, vorne, hinten und rechts und links orientiert bin, wenn ich den Zeigefinger gerade machen will; ich muss sinnlich wahrnehmen, an welchem Orte des Raumes er gerade ist, ob er in die Hohlhand eingeschlagen oder gegen den Handrücken aufgerichtet ist. Dann erst vermag die stereopsychische Erregung, die uns als Vorstellung von der Streckung des Zeigefingers erscheint, auf die diese Bewegung vollführenden Muskeln abzufliessen. Habe ich z. B. den

Willen, die drei Phalangen des Zeigefingers in eine Ebene mit dem Handrücken zu bringen, und habe ich der sinnlich wahrgenommenen wirklichen Lage derselben entsprechend die Vorstellung, dass er gerade nach unten zeigt, also gegen die Hohlhand bewegt ist, so vermindere ich die Intensität dieser Beugungsvorstellung, oder erhöhe die entgegengesetzte Vorstellung, und die gewollte Innervation erfolgt. Also erst die ganz bestimmte räumliche Vorstellung, wie sie nur die sinnliche Wahrnehmung ermöglicht, giebt der stereopsychischen Erregung die Möglichkeit, auf eine bestimmte Muskelgruppe abzufliessen.

Ob diese sinnliche Erregung, und damit die eindeutige räumliche Vorstellung, besser durch dieses oder jenes Sinnesorgan vermittelt wird, ist prinzipiell gleichgültig. Diese Vorstellung ist die gleiche und hat ihr physiologisches Substrat in dem gleichen materiellen Vorgange des stereopsychischen Feldes, ob sie erzeugt wird durch den Gesichtssinn, oder den Haut- oder Gelenksinn. Unterschiede wären höchstens hinsichtlich der Genauigkeit möglich, und es ist lediglich Sache der klinischen Beobachtung, zu entscheiden, in welchem Grade sich die verschiedenen Sinnesorgane bei der Umgrenzung der Bewegungsvorstellungen beteiligen. O. Förster hat kürzlich in glücklichster Weise versucht, dieser Frage auf Grund der Bewegungsstörungen bei Tabes näher zu treten; durch den Nachweis, dass die verschiedenen Sinneselemente sich gegenseitig vertreten können, hat er die ihnen allen gemeinsame Funktion, nämlich die für die Ausführung einer gewollten Bewegung nötige Vorstellung mit der erforderlichen Bestimmtheit festzuhalten, klargelegt.*)

Versuchen wir uns nunmehr den Vorgang einer Willkürbewegung physiologisch zu erklären! Ich will mit der rechten Hand den Buchstaben A schreiben. Diese Formvorstellung als Komplex von Richtungen hat zunächst gar keine Beziehung zu meiner rechten Hand. Diese Beziehung erhält der Buchstabe eben erst dadurch, dass ich die Vorstellung meiner rechten Hand, die als Raumform natürlich auch nur in einem stereopsychischen Vorgange begründet ist, hinzunehme. Ich fühle den Federhalter zwischen den Endgliedern der ersten drei Finger, ich sehe auch die Federspitze und meine Hand, sowie, wenn auch undeutlicher, einen Teil meines Armes, und die durch diese Wahrnehmungen erregte, sehr bestimmte Raumvorstellung bedingt den Abfluss der stereopsychischen Erregung auf die beim Schreiben thätigen Muskeln.

Diese Vorstellung der Körperform, und zwar in der Bestimmtheit, wie sie durch Sinnesreize erzeugt wird, ist, wie ich an anderer Stelle

*) Die Physiologie und Pathologie der Koordination. Jena 1902.

ausführte, nichts als die psychische Spiegelung der elementaren spinalen Innervationsmechanismen der Hand oder des motorischen Rindenzentrums der Muskeln, welche die Hand bewegen. Eine solche Erregung der motorischen Elemente, der cerebralen Vertretungen der spinalen Innervationsmechanismen oder der eingangs geschilderten Elementarbewegungen ist nun offenbar die Grenze, bei welcher der stereopsychische Vorgang in das Reich des Unbewussten hinabtaucht. Die den Bewegungswillen begleitende räumliche Vorstellung, in jedem Augenblicke eine sinnlich gebannte Vorstellung eines Körperteiles in einer bestimmten Lage, muss also gedacht werden als stereopsyche Erregung, welche an den die Bewegung verwirklichenden motorischen Rindenzellen endigt. Erst durch diese Beziehung zu einem motorischen Rindenfocus, durch die Eröffnung eines Abflussventils der stereopsychischen Erregung, wird die räumliche Vorstellung eines Weges zur Bewegungsvorstellung eines bestimmten Körperteiles, zur Vorstufe einer Muskelinnervation. Diese Beziehung aber wird bewirkt dadurch, dass die uns von dem Körperteile zufliessenden Sinnesreize eine ganz bestimmte Veränderung der vorhandenen stereopsychischen Erregung, das Bewusstwerden der Raumbeziehungen dieses Körperteiles veranlassen. Psychologisch heisst das, wir richten unsere Aufmerksamkeit auf das zu bewegende Glied.

Erfolgt nun die Bewegung, so erweckt jeder Teil derselben in dem Zeitdifferential durch Sinnesreize gerade jenen Teil der Wegvorstellung, welcher diesen Bewegungsteil erzeugte, und je vielfacher diese sinnliche Neubelebung der vorhandenen Vorstellung stattfindet, je genauer diese sinnlichen Wahrnehmungen übereinstimmen mit der Vorstellung, desto genauer wird die Bewegung unserem Willen entsprechen. Aber wird man mit Recht einwenden, wir haben bei der Ausführung einer Willkürbewegung, beim Schreiben z. B. doch durchaus keine klare Vorstellung von der Haltung unserer Hand, von der Beteiligung der einzelnen Abschnitte des Armes an der Schreibbewegung. Das ist zweifellos richtig, man glaube nur nicht, dass das beim Erlernen des Schreibens auch der Fall gewesen ist.

Sobald wir eine neue Fertigkeit erlernen, bemerken wir, wie angestrengt wir auf jeden Teil unseres Körpers achten müssen. Ich erinnere an das Radfahren. Wie sorgsam muss man da im Anfange auf jede Einzelheit aufmerken, wie die Füsse zu halten sind, wie der Oberkörper, nach welcher Richtung die Lenkstange zu drehen ist bei drohendem Fall durch seitliche Neigung des Rades. Und wie übertrieben wird jede der Bewegungen ausgeführt, die naturgemäss auch eine übertriebene Kraft bei der Korrekturbewegung erfordert. Die Folge dieser gespannten Auf-

merksamkeit ist dann eine fortwährende übergrosse Innervation der gesamten Muskulatur, eine vorzeitige und übergrosse Ermüdung. Ganz allmählich ändert sich das. Die Anzahl der innervierten Muskeln wird immer geringer, die Aufmerksamkeit immer weniger gespannt, bis schliesslich der geübte Fahrer ohne alle besondere Beachtung seines Körpers nur noch die unbedingt erforderlichen Muskeln mit der gerade erforderlichen Kraft innerviert. Die anfängliche Kraftvergeudung ist durch die allmähliche Ausschaltung überflüssiger Muskelaktion beseitigt, und die gewollte Bewegung wird instinktiv mit der geringsten Arbeitsleistung erreicht.

Offenbar besteht in dieser Verminderung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, sowie in der dadurch bedingten Beschränkung der Bewegungsimpulse auf das geringste Maass das Wesen der Uebung. Wir müssen annehmen, dass unter allen möglichen Bewegungen, welche einen bestimmten Bewegungswillen verwirklichen können, eine einzige sich befindet, welche insofern ein Optimum darstellt, als sie einmal den geringsten Kraftaufwand, sodann aber auch das geringste Maass von Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper verlangt. Destomehr Aufmerksamkeit kann dann der den Willen begleitenden räumlichen Wegvorstellung zugewandt werden. So lange der Radfahrer darauf achten muss, dass er beim Tritt auf das rechte Pedal sich nicht auf den rechten Griff der Lenkstange stützt, so lange kann er kleinere Abweichungen der Fahrt von der geraden Richtung nicht bemerken. So lange das schreibende Kind alle Aufmerksamkeit anspannen muss, die Feder so zu halten, dass sie ihm nicht entschlüpft, so lange kann es nicht zugleich auf eine korrekte Ausführung der Schriftzüge sehen.

Diese korrekte Ausführung der gewollten Bewegung, deren Ideal darin besteht, dass die Bewegungswahrnehmung sich mit der dem Bewegungswillen zu Grunde liegenden Wegvorstellung deckt, ist verbunden mit dem Gefühl der Befriedigung. Ich erinnere daran, dass das Unlustgefühl des Schwindels auf der gleichzeitigen Erregung unvereinbarer räumlicher Vorstellungen, d. h. sich gegenseitig aufhebender stereopsychischer Energieschwankungen, beruht. Tritt aber infolge einer Bewegung, die einem gewissen Zwecke dient, dieses Gefühl der Unlust ein, so wird beim nächsten Mal die entgegengesetzte Bewegung beabsichtigt, und ist auch sie ungeeignet, den Bewegungswillen zu verkörpern, also unlustbetont, so wird keine von beiden mehr verwendet.

Der lernende Radfahrer ist zunächst völlig von dem Tretgeschäfte eingenommen. Merkt er, was zunächst natürlich immer zu spät geschieht, dass sein Rad nach der rechten Seite überkippt, so zieht er an der linken

Lenkstange. Der Erfolg ist nicht nur der entgegengesetzte des beabsichtigten, das Rad richtet sich nicht wieder auf, sondern er ist im wahren Sinne des Wortes von einem empfindlichen Unlustgefühle begleitet, denn diese Muskelaktion bedingt unweigerlich den Sturz. Das nächste Mal zieht er an der rechten Lenkstange und bemerkt zu seiner Freude, dass sich das Rad wieder aufrichtet. Je weniger aber das Rad seitlich schwankt, desto angenehmer, weil dem Willen adäquat, ist die Bewegung; es werden immer kleinere Abweichungen aus der vertikalen mit immer geringerer Anstrengung korrigiert, und endlich sind alle Impulse, welche solche nicht gewollten Schwankungen veranlassen, ausgeschaltet. Schliesslich reicht das Gefühl des Druckes der Fusssohlen auf die Pedale allein hin, die nun in vollster Klarheit entwickelte Vorstellung der Fahrtrichtung auf die geeigneten Muskeln abfliessen zu lassen. Nun deckt sich die räumliche Komponente des Bewegungswillens mit der der Bewegungswahrnehmung, der horizontalen Fortbewegung in einer bestimmten Richtung. Für die Verwirklichung dieses Willens ist eben durch Vermittelung des Zweirades nur eine einzige Art der Innervation geeignet.

Aehnlich wie beim Radfahren müssen wir uns wohl den Vorgang bei der Erlernung jeder Fertigkeit vorstellen. In ähnlicher Weise hat vielleicht auch das Kind, das zu gehen anfängt, allmählich alle unzweckmässigen Bewegungen ausgeschaltet, bis endlich ein Minimum von Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und damit ein Minimum von Arbeitsleistung den Willen zur Vorwärtsbewegung in grösster Vollkommenheit verwirklichte.

Der sinnlich gestützte Teil der den Bewegungswillen begleitenden Raumvorstellung, die Vorstellung des zu bewegenden Gliedes, wird also durch die Uebung aus bewussten steropsychischen Thätigkeiten mehr und mehr in ein nervöses Gebiet verlegt, dessen Erregung von Bewusstsein nicht mehr begleitet wird.

Es wäre offenbar berechtigt, diesen unbewussten Teil der die Willkürbewegungen auslösenden Hirnthätigkeit, da er eine Folge der Uebung ist, als unbewusstes Bewegungsgedächtnis zu bezeichnen. Nach den Untersuchungen von M. Probst (Ueber die Bedeutung des Sehhügels, Wiener klinische Wochenschrift 1902, p. 932) dürfen wir unbedenklich dem Thalamus diese Rolle zuschreiben, ohne damit die Hirnrinde dieser Funktion ganz zu entkleiden.

Keineswegs aber geht es an, die Bewegungsvorstellungen als Bewusstseinserscheinungen irgend an umschriebenen Hirnstellen zu lokalisieren, oder sie nach gewissen Sinnesqualitäten, z. B. als kinästhetische, zu bezeichnen. Sie sind unabhängig von jeder Sinnesqualität, wenngleich

sie ohne solche nie vorkommen, sie sind Raumvorstellungen, nach der Zeit differenziert, die bewussten Begleiterscheinungen materieller Veränderungen im stereopsychischen Felde.

II. Vereinsberichte.

Berliner Psychiatrischer Verein.

Bericht der Sitzung vom 21. Juni 1902.

Von Dr. Max Edel-Charlottenburg.

272) **Liepmann** (Dalldorf): Ueber Seelenblindheit und sensorische Asymbolie (mit Demonstration). (Autoreferat.)

Seelenblindheit ist eine Störung, bei der das Sehen erhalten, aber das Erkennen aufgehoben ist. Helligkeiten, Formen und, in günstigen Fällen, auch Farben werden empfunden, aber das Bild bleibt unverstanden, als ob es zum erstenmale wahrgenommen würde, d. h. — wenn man die sehr komplizierten Verhältnisse mit einem kurzen Ausdruck bezeichnen will — der Empfindungskomplex wird nicht mit dem Erinnerungsbilde identifiziert. Das Erinnerungsbild braucht nicht verloren zu sein, es ist in der Mehrzahl der Fälle nur nicht von der Peripherie her erweckbar, aber auf assoziativem Wege auszulösen.

Die entsprechende Störung auf dem Gebiete des Hörens ist die Seelentaubheit. Sprachtaubheit ist eine Seelentaubheit nur für Sprachlaute. Die Muttersprache klingt dem Sprachtauben im besten Falle wie eine unbekannte Sprache.

Auf anderen Sinnesgebieten entspricht dem die Tastlähmung, die Seelengeruchlosigkeit u. s. w. Summieren sich diese Störungen, sind namentlich die drei verhängnisvollsten, Seelenblindheit, Taubheit und Tastlosigkeit vorhanden, so versteht das betroffene Individuum von allen bedeutsamen Aussenwelteindrücken nichts oder fast nichts. Diesen Zustand nennt man Asymbolie. Bei diesen komplexen Störungen wird man auch von einem „Verlust der Begriffe“ sprechen können. Der Ausdruck „Asymbolie“ ist unglücklich, weil er mehr für die Störungen im Verstehen und Erzeugen der Symbole, d. h. Sprachzeichen, Noten u. s. w., also für die aphasischen Störungen passt. Besser ist Freud's Ausdruck: „Agnosie“. Man hat früher auch von „Apraxie“ gesprochen, weil als Folge des aufgehobenen Erkennens der Gegenstände ein verkehrter Gebrauch derselben resultiert. Nachdem sich aber gezeigt hat, dass es eine selbständige Störung im Gebrauch der Gegenstände trotz erhaltenen Erkennens derselben giebt (S. Liepmann, Das Krankheitsbild der Apraxie, 1900), wird für diese Störung der Name „Apraxie“ zu reservieren sein.

Fall 1. Ein 50jähriger Gesanglehrer. Insult im September 1901. Macht danach alles verkehrt, uriniert in den Stiefel, wäscht sich in der Suppe. Jetzt: Erkennt grösste Gegenstände nicht, sein eigenes Spiegelbild nicht, auch Personen nur an der Stimme. Erkennt seine eigene Frau nicht. Farbsinn schwer gestört. Kleiner Defekt im rechten oberen Quadranten des Gesichtsfeldes. Die Seh-

schärfe fast $^2/_3$. Dies lässt sich unter Benutzung des Umstandes erweisen, dass Pat., der für Buchstaben vollkommen leseblind (auch agraphisch) ist, Zahlen meist erkennt, auch sehr kleine. Ferner imitiert er alle vorgemachten Bewegungen und zeichnet sehr unbeholfen, aber im gröbsten richtig nach.

Ausnahmsweise erkannte Gegenstände werden oft unrichtig benannt: Optische Aphasie. Dass er die meisten Gegenstände wirklich nicht erkennt, beweist der verkehrte Gebrauch und seine Versicherung. Auch das Erkennen durch Tasten zeigt Störungen. Dagegen ist der Weg durch das Ohr frei. P. versteht alles, bezeichnet dieselbe Klingel, die er vom Auge aus nicht identifizieren kann, sofort, nachdem er sie läuten gehört hat, erkennt und benennt Tierstimmen etc. Ihm aufgegebene Bewegungen (Drehorgel spielen, drohen, ätschen etc.) führt er aus der Erinnerung ziemlich gut aus. Anatomisch: Doppelseitige Hinterhauptsherde.

Fall 2. Bei diesem Pat. addiert sich zu dem Bilde des Vorigen noch Sprachtaubheit und starke Schwerhörigkeit hinzu. Somit sind ihm sämtliche Eindrücke der höheren Sinne unverständlich. Da auch anzunehmen ist, dass die Erinnerungsbilder verloren sind, fehlen ihm fast alle Anreize zum Handeln. Infolgedessen ist er höchst apathisch, sehr schwer zu Reaktionen zu bringen. Er gleicht einem Tiefverblödeten. Dass der Zustand durch Summation von Herderscheinnngen bedingt ist, beweist die Entwickelung: Er ist durch ersten Insult nur sprachtaub geworden, dann seelenblind und tastblind. Er ist rechts hemianopisch, links seelenblind. Er sprach nach der ersten Attaque paraphasisch und schrieb paragraphisch, jetzt spricht und schreibt er überhaupt nicht mehr. Gelegentlich gebraucht er eine Cigarre zum Kämmen und ähnliches. In diesem Falle müssen beide Schläfen-Hinterhauptslappen schwer betroffen sein.

Jastrowitz frägt, wie es möglich sei, zu entscheiden, ob ein Seelenblinder sieht und nicht erkennt, wie man ferner die Aufhebung des Erkennungsvermögens aus einzelnen Beispielen verallgemeinern könne. Pat. könne z. B. die Zahlen möglicherweise benennen und sie trotzdem nicht erkennen.

Liepmann (Autoreferat): Das Lesen kleiner Ziffern diente nur dazu, um die Sehschärfe des Pat. zu erweisen. Dass er die Ziffern auch erkennt, bekundet er durch Zeigen der entsprechenden Zahl von Fingern. Den Nachweis erhaltenen Sehens bringen die Kranken dadurch, dass sie beschreiben, was sie sehen oder auch nachzeichnen. Wo auch Ziffern nicht erkannt werden, lässt man den Pat. die Zahl von Punkten auf irgend eine Weise bekunden.

273) **J. Fränkel** (Lankwitz): Zur Kenntnis der Sulfonalwirkung. (Autoreferat).

Fr. bringt einen chronologischen Ueberblick über die gesamte Sulfonal-Litteratur und erwähnt dabei seine eigenen, früher gemachten Beobachtungen. Er führt zur Kasuistik zwei, weibliche Individuen betreffende, Fälle an, in welchen nach Sulfonalgebrauch „Hämatoporphyrin“ im Harn sich einstellte. — Im ersten Falle trat nach ganz vorübergehender Anwendung des Mittels Hämatoporphyrinurie ein und bestand 14 Tage lang, während die Kranke schwer darniederlag. Dann besserte sich — bei Verabreichung von alkalischen Wässern, namentlich auch von Natrium bicarbonicum in grossen Mengen, sowie von

Stimulantien und Roborantien — das Allgemeinbefinden, und die Patientin genass. — Im zweiten Falle zeigte sich plötzlich das Hämatoporphyrin im Urin, nachdem schon viele Wochen hindurch Sulfonal in Dosen von gewöhnlich $^2/_3$ g allabendlich, selten in grösseren Gaben, genommen war. Die Kranke war ausserdem an Alkohol und Morphium, welche man ihr allmählich entzogen hatte, sowie an Amylenhydrat und Paraldehyd, das sie zeitweilig in kleinen Mengen erhielt, gewöhnt. Es konnte bei ihr von jeher eine deutliche Herzschwäche, die während der Intoxikation sich noch steigerte, konstatiert werden. Ausserdem litt die Patientin seit Jahren an starken menstruellen und atypischen Uterusblutungen. Schliesslich war noch im Verlaufe der letzten Erkrankung eine schmerzhafte Unterschenkelthrombose hinzugetreten. Trotzdem das Hämatoporphyrin innerhalb weniger Tage — unter systematischer Alkalitherapie — aus dem Harn geschwunden war, und der Allgemeinzustand sich wesentlich gebessert hatte, erfolgte unerwartet der Exitus, der wohl auch auf das durch Alkohol, Narkotika und Hypnotika geschwächte Gefässsystem zurückgeführt werden muss.

Fr. demonstriert das chemische und spektroskopische Verhalten des Hämatoporphyrin enthaltenden Urins, sowie den rein dargestellten Farbstoff. — Er kommt zu dem Ergebnis, das Sulfonal in Dosen von 1—2 g mit Vorsicht und geeigneten Unterbrechungen — bei genauer Kontrolle des Urins — anzuwenden und — bei auffallender Dunkelfärbung des Harns — sofort auszusetzen ist und Alkalien zu verabreichen sind.

Jastrowitz betont aus eigener Erfahrung die Gefährlichkeit einer andauernden Darreichung von Sulfonal und empfiehlt das Mittel hauptsächlich bei Psychosen ohne motorische Unruhe. Das Mittel müsse nach wenigen Tagen immer wieder ausgesetzt werden. Opiumpräparate dürften dazwischen nicht gegeben werden.

C. Edel-Charlottenburg führt einen Fall aus seiner Praxis an, welcher zum Exitus kam und in welchem er dem Sulfonal die Hauptschuld geben musste. Er zieht bei Psychosen dem Sulfonal das Trional vor, bei welchem er nach jahrelanger Darreichung niemals eine schädliche Wirkung beobachtet hat.

274) **Juliusburger**-Schlachtensee: Anatomische Demonstration. (Autoreferat.)

Juliusburger berichtet über eine Methode zur Darstellung von Gefässen im Centralnervensystem. Härtung kleiner Stückchen in Jod 1, Jodkali 2, Aqu. dest. 100 12 Tage lang. Hierauf kommen die Stückchen je 1 Tag in 80 %, 95 %, absol., Aether-Alkohol, um sodann der Celloidineinbettung unterworfen zu werden. Die Färbung der Schnitte erfolgt 1 Minute lang in erwärmtem, 1 % wässerigem Thionin, worauf die Schnitte in 95 % Alkohol abgewaschen werden. Aufhellung derselben in Bergamottenöl und Einschliessung in Canadabalsam. Die Gefässe der Pia zeigen nun keine Besonderheiten, während sie in der grauen und weissen Substanz durch eine starke violette Färbung ihrer Begrenzung hervortreten; sie erscheinen wenig gradlinig, mehr geknickt und gewunden; besonders auffallend ist, dass man sie nicht als Plan, sondern körperlich sieht. Schon bei schwacher Vergrösserung erscheint die Begrenzung aus mehr oder weniger vielen, oft korkzieherartig gewundenen Fäden zusammen-

gesetzt, die verschieden dick sind. Im allgemeinen kann man solche unterscheiden, die mehr longitudinale Richtung einnehmen und vorzugsweise dick sind, sowie solche, die mehr spiralig um das Gefäss quer und schräg gewunden sind — feine Fäserchen. Soweit man Kerne sieht, gehen die Fasern über oder unter ihnen hinweg. J. konnte bisher die eben geschilderte Eigentümlichkeit der Gefässe nur bei Paralyse und im Senium finden.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 14. Juli 1902.

Von **Dr. Max Edel**-Charlottenburg.

275) **Arndt** und **Sklarek**: Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate.) (Autoreferat.)

Die Vortragenden haben ein „balkenloses" Gehirn in Serienschnitte zerlegt und demonstrieren mit dem Projektionsapparat eine grössere Reihe von Frontalschnitten durch beide Hemisphären.

Das Gehirn entstammt einem idiotischen Mädchen, welches erblich nicht belastet war und dessen Geburt ohne Störung verlief. Im zweiten Lebensjahre soll es Krampfanfälle gehabt haben, erst im vierten fing es an zu sprechen und zu gehen. Für den Volksschulunterricht erwies das Kind sich als ungeeignet; es wurde deshalb im neunten Lebensjahre in die Idiotenanstalt zu Dalldorf aufgenommen. Es lernte hier notdürftig etwas lesen und schreiben, konnte einfache Erzählungen verstehen und dem Inhalte nach wiedergeben; es war im allgemeinen ein gutmütiges, williges und sehr lebhaftes Kind. Körperlich war es nicht so entwickelt, wie es seinem Alter entsprochen haben würde. Die Sprache war undeutlich; es bestand beiderseits Mittelohrkatarrh und ziemlich erhebliche Schwerhörigkeit. An den unteren Extremitäten fanden sich Spasmen und gesteigerte Reflexe. Im übrigen bot der körperliche Befund nichts wesentlich abnormes dar. Das Kind befand sich sechs Jahre in der Anstalt und starb im August 1900 an Siebbeinempyem und eitriger Bronchitis. Das Gehirn wurde in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und in Serienschnitte zerlegt; für die Färbung derselben kam besonders die Kultschitzky-Wolters'sche Methode in Anwendung. Es ergab sich folgender Befund:

Die Querfaserung des Balkens fehlt fast vollständig; nur ein schmales Faserbündelchen von 1—2 mm Breite und Dicke verbindet dort, wo in der Norm das Balkenknie liegt, beide Hemisphären. Ein mächtiger Faserzug, das von Probst sogenannte „Balkenlängsbündel", durchzieht jederseits dorsomedial vom Seitenventrikel das Gehirn in sagittaler Richtung vom Stirn- und Hinterhauptslappen und bildet das Tapetum des Hinter- und Unterhorns des Seitenventrikels. Von seinem dorsalen Ende gehen Fasern zu den verschiedenen Hirnwindungen, mit dem ventralen steht der Fornix jederseits in enger Verbindung. Die Fornixschenkel und -Säulen vereinigen sich nicht in der Mittellinie zum Fornixkörper; auch fehlt die commissura fornicis, das Psalterium

vollständig. Das erwähnte Querfaserbündelchen geht jederseits in die ventrale Spitze des Balkenlängsbündels über und verliert sich in der Masse desselben. Ein Septum pellucidum ist nicht vorhanden, ebensowenig ein eigentlicher Gyrus fornicatus. Der rückwärts verlaufende Schenkel der commissura anterior ist jederseits unter dem Linsenkern bis in den Schläfenlappen zu verfolgen, es fehlt aber die in der Norm vor den aufsteigenden Fornixsäulen gelegene quere Verbindung dieser Schenkel, es fehlt also die eigentliche Kommissur.

Die Vortragenden erörtern kurz die Anschauungen der verschiedenen Autoren über die Befunde am balkenlosen Gehirn und ihre Beziehungen zum Faserverlauf im normalen Gehirn. Sie schliessen sich völlig der in neuerer Zeit besonders von Schröder und Probst vertretenen Auffassung von H. Sachs an, dass ein dem Onufrowicz'schen frontooccipitalen Bündel (Probst: Balkenlängsbündel) des balkenlosen Gehirns entsprechender Faserzug im normalen Gehirn nicht existiere. In dem sogenannten „balkenlosen" Gehirn fehle der Balken keineswegs; die Fasern träten nur nicht nach der anderen Seite hinüber, sondern verliefen in derselben Hemisphäre in sagittaler Richtung und verbänden so, das Onufrowicz'sche Bündel bildend, verschiedene Punkte derselben Hemisphäre, statt wie in der Norm, beide Hemisphären. Es handle sich also nicht um ein völliges Fehlen, sondern um eine Heterotopie des Balkens (H. Sachs).

Der vorliegende Fall erscheint deshalb besonders beweisend für diese Auffassung, weil ein kleiner Rest der Balkenquerfaserung vorhanden ist und dieser direkt in das Balkenlängsbündel übergeht.

276) **F. Strassmann**: Demonstration von Präparaten eines Falles von traumatischer Psychose. (Autoreferat.)

Vortragender sezierte am 25. Januar 1902 die Leiche eines Selbstmörders, der sich drei Tage vorher durch einen Schuss in die rechte Schläfe getötet hatte. Man fand bei ihm ausserdem eine alte, ca. 6 cm lange gradlinige Narbe der Kopfhaut, darunter eine Vertiefung im Knochen, zwischen beiden eingehüllt ein gewöhnliches Drainrohr. Der Vertiefung der Aussentafel entsprach innen eine dachförmige Impression des rechten Scheitelbeines, zum Teil mit der Dura verwachsen. Darunter zeigte das Gehirn eine napfförmige Grube mit gelblichem Grunde, gelegen im obersten Abschnitte der rechten Centralwindung. Anderweitige Veränderungen waren an dem durch den Schuss allerdings zertrümmerten Gehirn nicht wahrzunehmen.

Nachträglich liess sich folgende Krankengeschichte feststellen:

Der Verstorbene war ein 47jähriger Arbeiter, erblich nicht belastet. Seit 1878 regelmässiger Trinker (Schnaps für 20 Pfg.), Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre mehrere Bestrafungen wegen Diebstahls und Arbeitsscheu. Verheiratet seit 1882, Vater von vier gesunden Kindern.

Ende 1882 verunglückte er durch Aufschlagen eines Balkens aus grosser Höhe auf seinen Kopf, wurde bewusstlos ins Krankenhaus gebracht, wo man eine Depression des rechten Scheitelbeines, eine bis auf die Dura reichende Kopfwunde, eine Parese der linken Seite feststellte. Ein Knochensplitter wurde entfernt, die Wunde drainiert und vernäht, heilte per primam. Am siebenten Tage wurden die Nähte entfernt, wobei offenbar das in die Tiefe gerutschte Drainrohr vergessen wurde. Circa fünf Wochen nach der Verletzung wurde er gebessert entlassen, doch bestanden noch Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche im Bein.

Diese Beschwerden haben seitdem nicht wieder aufgehört. Der Kopfschmerz wurde beschrieben, als wenn eine Schale auf dem Kopf läge, als wenn ein Bindfaden um ihn gewickelt wäre. Daneben bestanden speziell Schmerzhaftigkeit und starkes Jucken in der Narbe, als wenn Ungeziefer im Kopf wäre, das Jucken führte öfter zu heftigen Kratzeffekten. Neben der Schwäche in der linken Seite, besonders im Bein, wurde auch über krampfhaftes Zusammenziehen in den Waden und Zehen geklagt. Bei den Schwindelanfällen gab der Patient an, ein aufsteigendes Gefühl vom Nabel aus zu fühlen. 1889 traten die ersten epileptischen Krampfanfälle auf und führten den Patienten zweimal ins Krankenhaus.

Die epileptischen Anfälle haben sich dann später gehäuft, zumal wenn der Patient trank, was er anscheinend nie ganz gelassen hatte. Seit 1892 schlossen sich an sie öfter Verwirrungszustände an, die eine wiederholte Aufnahme in die Irrenanstalt erforderten. Er ist 1892, 1893, 1895, 1896, 1898 zusammen etwa $1^1/_2$ Jahre in Anstalten gewesen. Zu gleicher Zeit etwa begann Gedächtnisschwäche sich geltend zu machen, der Kranke wurde eifersüchtig, sexuell überaus erregt, sehr reizbar gegen seine Frau und Kinder. Zeitweises Auftreten von Sinnestäuschungen, besonders des Gesichtssinnes. Auch in den Anstalten zeigte er das Benehmen des Alkoholisten: neben Tremor und Alkoholgeruch Uneinsichtigkeit und Neigung zum Selbstlob. Daneben öfter deprimierte Stimmung, schon einmal (1898) versuchte er Selbsterhängung. Objektiv wurde stets eine Hypästhesie und Analgesie der ganzen linken Körperhälfte, eine Herabsetzung des Gehörs, Geruchs und Geschmacks auf der gleichen Seite, eine Erhöhung des Patellarreflexes linkerseits festgestellt. Die in den Anstalten beobachteten Anfälle verliefen meist so, dass der Kranke hintenüberstürzte, ohne Zuckungen mehrere Minuten lang da lag, dann ohne Bewusstsein vom Anfall wieder zu sich kam. Zungenbiss ist nie gesehen worden. Einer der letzten von dem Kranken selbst beschriebenen Anfälle begann mit Schmerzen im linken Arm und Bein; dann wurde er aus dem Bett geschleudert, benässte sich diesmal (zum ersten Mal) mit Urin.

Der Vortragende glaubt nach der Krankengeschichte die Epilepsie auf den Rindenherd zurückführen zu können unter begünstigender Mitwirkung des Alkoholismus. Eine Narbenepilepsie, bedingt durch den 20 Jahre getragenen Fremdkörper, liegt wohl nicht vor, Druck auf die Narbe hat nie Krampfanfälle ausgelöst. Andererseits sei doch ein nicht unerheblicher Teil der Beschwerden anscheinend durch die Narbe bewirkt worden. Für einen operativen Eingriff hätte der Fall insofern günstig gelegen, als ein Einschnitt auf Narbe und Knochendepression alsbald auch auf den Rindenherd geführt haben würde; dieser selbst bot freilich seiner Natur nach wohl nur geringe Aussichten für einen operativen Eingriff. Wenn aber auch die Epilepsie nicht gehoben worden wäre, so würde doch schon durch Beseitigung des Fremdkörpers das Befinden des Kranken voraussichtlich gebessert worden sein und insofern enthält der Fall eine Aufforderung, in Zukunft unter ähnlichen Umständen vielleicht öfter einen operativen Eingriff zu versuchen.

(Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlicher mitgeteilt werden.)

Jolly bemerkt, dass, wenn man den Fremdkörper hätte vermuten können, zweifellos die Operation gemacht worden wäre. Dies war aber ganz fern gelegen, da die Symptome der Epilepsie nicht auf solche örtliche Impression

hinzuweisen schienen. Es ginge ja mit den Fällen, in denen ein Trauma als mögliche Ursache der Epilepsie in Betracht komme, oft so, dass man Schädeldepressionen findet und sich die Frage vorlegt, ob innerhalb derselben etwas gelegen ist, dessen Entfernung den Reiz beseitigen könnte. Man müsse regelmässig nach lokalen Symptomen fahnden. Die Thatsache, dass allgemeine Epilepsie besteht, gebe sehr wenig Chancen für einen günstigen Ausfall einer Operation. Andererseits habe der Kranke das sehr stark epileptogene Gift des Alkohols in exquisiter Weise zu sich genommen.

277) **Minor** (Moskau) als Gast demonstrierte sehr interessante Präparate von Hämatomyelie, deren Reichhaltigkeit erstaunlich war. Es handelte sich um grössere oder kleinere Blutungen, welche teils die graue Substanz des Rückenmarks, teils die weisse betroffen hatten, disseminiert oder vereinzelt geblieben waren, z. B. in den Vorderhörnern. Die Blutungen zeigten die Tendenz, sich ringförmig zu gestalten. Aetiologisch müsse man aktive und passive Vorgänge unterscheiden, d. h. die Blutung hatte entweder erst die Spalten im Gewebe geschaffen oder es waren zunächst solche Spalten vorhanden, in welche hinein dann die Blutung erfolgte. In einem Präparate konnte man eine enorme Erweiterung des Centralkanals durch eine Blutung sehen. Schliesslich zeigte M. die verschiedenen Ausgänge der Hämatomyelie bei Rückenmarkstraumen. Dieselben stellten sich einmal als interstitielle Schrumpfung des Rückenmarkgewebes, das zweite Mal als ein Oedem desselben dar. In beiden Fällen war von Nervengewebe so gut wie gar nichts mehr zu erkennen.

278) **Eulenburg** spricht über einen Fall von Akromegalie mit bitemporaler Hemianopsie.

Es betrifft einen 27jährigen, sonst gesunden Mann von kräftigem Bau, ohne Andeutung von Riesenwuchs, der vor 6 Jahren der Militärpflicht genügt und keine Spuren des jetzigen Leidens gezeigt hatte. Die bitemporale Hemianopsie wurde im April vorigen Jahres von Herrn Grefe konstatiert, Akromegalie trat vor $^5/_4$ Jahren in die Erscheinung. (Demonstration von Abbildungen, Röntgenaufnahmen). In ätiologischer Hinsicht waren ausser Alkoholismus keine Momente nachweisbar. Ausser den erwähnten Symptomen bestanden noch leichte Ptosis links, Insuffizienz der recti int., leichter Nystagmus bei Endstellung der Bulbi und Optikusatrophie, rechts stärker als links, mässiger Stirnkopfschmerz, zeitweilig Polyurie, Verstärkung der Patellar- und Plantarreflexe. Letzteres wird im Gegensatz zu einem Fall von Mendel hervorgehoben, in welchen die Patellarreflexe gefehlt haben. Die Akromegalie war am Joch- und Nasenbein, weniger am Unterkiefer, ganz besonders am Nasen- und Ohrknorpel ausgesprochen. Hände und Füsse sind gross, weisen Weichteilzunahme auf. Die Hände schwitzen sehr stark. Das Allgemeinbefinden ist nicht beeinträchtigt. Dass man es mit der Hypophysis zu thun habe, darauf deute der Druck auf das Chiasma und die Okulomotoriusaffektion. Man habe hier eine verhältnismässig gutartige Geschwulstbildung anzunehmen, welche vom Vorderlappen der Drüse ausgehe, in der Form der von Herrn Benda beschriebenen Tumoren. E. unterscheidet eine mehr chronische Form der Akromegalie, die nicht unmittelbar tötlich wird, sondern nur durch Komplikationen den Tod herbeiführen könne, und eine mehr akut verlaufende perniziöse Form. Der

besprochene Fall sei zur ersten Form zu rechnen, wobei zu bedenken sei, dass auch anfangs gutartig erscheinende Geschwulstbildungen später den Charakter eines Myxadenoms mit maligner Form annehmen können. In therapeutischer Beziehung habe die Fütterung mit Hypophysispräparaten nichts genützt. Die Darreichung derselben sei auch irrationell, da man es nicht mit einer darniederliegenden Funktion der Hypophysis, sondern mit einer gesteigerten Funktion derselben zu thun habe. In Frage komme die operative Behandlung, wie sie in Amerika schon geübt werde. Der Zugang zur Geschwulst sei nur von der Stirn her möglich. Ob an eine operative Entfernung bei gutartigen Fällen gedacht werden kann, sei eine Frage, welche einer ernstlichen Diskussion unterzogen werden könnte. Die Operation bilde die einzige Möglichkeit, dem Kranken zu helfen und den verderblichen Ausgang einer perniziösen Form zu vermeiden.

Mendel bemerkt zur therapeutischen Frage: Wenn man der Ansicht huldigt, dass es sich bei der Akromegalie nicht um eine Erkrankung der Hypophysis als Ursache der Erkrankung handelt, sondern dass diese eine Teilerscheinung einer allgemeinen Erkrankung des Drüsensystems ist, worauf man durch eine Anzahl von Sektionen hingewiesen wird, so werde damit selbstverständlich die Frage der Operation in negativem Sinne entschieden. Die Gabe von Hypophysispräparaten hält M. doch für berechtigt und weist auf Experimente bei Tieren hin, welche gezeigt haben, dass Exzisionen der Hypophysis nicht imstande waren, die Symptome der Akromegalie zurückzudrängen.

Maass hat bei Katzen die Gefährlichkeit der bezüglichen chirurgischen Experimente zu sehen Gelegenheit gehabt. Dass bei Menschen, bei welchen die Bedingungen wesentlich schwerere wären, die Chancen erheblich ungünstiger wären, sei klar.

Eulenburg hält Mendel entgegen, dass, wenn auch die übrigen Blutdrüsen in Beziehung zur Akromegalie stünden, in einer ziemlich grossen Kategorie von Fällen der Zusammenhang zwischen der Hypophysis und der Akromegalie ein engerer ist, als derjenige mit den übrigen Drüsen, und davon abgesehen ein Hypophysistumor, wenn er diagnostiziert ist, wohl seine Entfernung als wünschenswert erscheinen lässt, da er noch sonstige Schäden anrichtet und da das kausale Verhältnis zur Akromegalie noch etwas zweifelhaft sei. In dem besprochenen Fall sei übrigens eine Tymusdrüse nicht vorhanden und die Schilddrüse zeige keine Vergrösserung.

III. Bibliographie.

XCVI) **Julius Pikler,** Dr. der Staatswissenschaften, Professor der Rechtsphilosophie an der Universität Budapest: Physik des Seelenlebens mit dem Ergebnisse der Wesensgleichheit aller Bewusstseinszustände. Leipzig, J. A. Barth, 1901. 40 S. Mk. 1,20.

Das Buch will in allgemeinverständlicher Weise darthun, dass alle psychischen Vorgänge, Wahrnehmen, Erinnern, Lust und Unlust, als das „sich selbst erhalten einer Bewegung bei aller Veränderung: der Urlebensbewegung“

aufzufassen sind und auf dem „sich erhalten der Bewegung des Zerfalls und Aufbaues der lebendigen Substanz“ beruhen. Folgendes wäre ein Beispiel seiner Definitionen: „Aufmerksamkeit ist das Starkbewusstseinwerden, zu wirklicher neuraler Bewegung-Werden des siegreichen Bewegungsansatzes.“ Schliesslich vermutet Pikler, „dass jene Selbsterhaltung der Bewegung, welche das Wesen aller seelischen Erscheinungen ausmacht, Selbsterhaltung elektrischer Bewegung ist im Sinne des Induktionsgesetzes Lenz'“. Das Buch ist die gekürzte, allgemeinverständlich gehaltene Fassung eines grossen Werkes, „das Grundgesetz alles neuropsychischen Lebens, zugleich eine physiologisch-psychologische Grundlage für den richtigen Teil der sogenannten materialistischen Geschichtsauffassung“. Die angeführten Proben freilich machen den Eindruck, dass der Auszug nicht nur für Laien, sondern auch von einem Laien geschrieben ist, der sich über die fundamentale Bedeutung des subjektiven und des objektiven Faktors in jedem Erlebnis, über irgend welche erkenntnistheoretische Voraussetzungen bei psychologischen Untersuchungen noch niemals ins Klare zu setzen gesucht hat.

Weygandt-Würzburg.

XCVII) **Martinak,** a. o. Universitätsprofessor und Gymnasialdirektor in Graz: Psychologische Untersuchungen zur Bedeutungslehre. Leipzig, J. A. Barth, 1901, VII und 98 S. 3 Mk.

Um über die Verhältnisse zwischen Wort und Bedeutung Aufschluss zu gewinnen, werden zunächst die psychologischen Thatsachen, die bei jeder Art von Bedeuten und Zeichen eine Rolle spielen, eingehend untersucht. Die dauernde Bedeutung eines Zeichens beruht in erster Linie auf den psychischen Dispositionen, die in den das Zeichen anwendenden Personen vorhanden sind. Für den Zusammenhang zwischen Zeichen und Bedeutung ist wesentlich die judiziöse Assoziation. Häufiger Gebrauch, Uebung begünstigt die Verkürzung, den Ausfall einiger Glieder des psychophysischen Zusammenhanges zwischen Zeichen und Bedeutung.

Im letzten § erst wird als Spezialfall der Bedeutungslehre das Gebiet sprachlicher Verhältnisse herangezogen, auf das auch die vordem erörterten Begriffe „real — final“, „mitteilend — begehrend“, „natürlich — künstlich“ angewandt werden. Durch eine Reihe anschaulicher Schemata ist das Verständnis der tiefdringenden Untersuchungen erleichtert, die einen wertvollen Beitrag für das Kapitel der Psychologie und Logik der Sprache darstellen.

Weygandt-Würzburg.

XCVIII) **J. B. Stallo:** Die Begriffe und Theorien der modernen Physik, übersetzt v. Kleinpeter, Vorwort v. Ernst Mach. Leipzig 1901, J. A. Barth. XX und 332 S. 7 Mk.

Es handelt sich um das Werk eines deutsch-amerikanischen Denkers, der, obwohl die längste Zeit seines Lebens in juristischer und staatsmännischer Praxis stehend, dauernd mit dem wissenschaftlichen und künstlerischen Leben in Fühlung blieb. In naturwissenschaftlichen Dingen fast völlig Autodidakt, hat er in seinem 58. Lebensjahre das Buch geschrieben, das vorzugsweise an die Adresse der naturwissenschaftlich Denkenden unter den Philosophen gerichtet ist und in seinen Anschauungen sich vielfach mit denen von E. Mach berührt. Von Betrachtungen über die Entwickelung der Erkenntnis ausgehend

durchforschte S. die Lehren der modernen Physik, die er besonders hinsichtlich der in ihr noch vorhandenen latenten Anklänge scholastisch-metaphysischer Art ins Auge fasst. In der Absicht, den Geist experimenteller Forschung zu stärken, wendet er seine Kritik auf die Grundprinzipien der mechanischen Weltanschauung an, bespricht die Sätze der Atomtheorie, die kinetische Gastheorie, geht immer zurück auf die Frage der Begriffsbildung selbst und kommt nach der Erörterung der metaphysischen Grundfehler der mechanischen Theorie zum Schluss, dass die mechanische Atomtheorie nicht die wahre Grundlage der Physik sein kann. Manchem unserer Fachgenossen dürfte das gedankenreiche Buch vielfach Anregung und Aufschluss gewähren.

Weygandt-Würzburg.

IC) **W. v. Zehender**: Ueber optische Täuschung, mit besonderer Berücksichtigung der Täuschung über die Form des Himmelsgewölbes und über die Grössenverhältnisse der Gestirne. Leipzig 1902. 121 Seiten. 4 M.

W. v. Volkmann liess von Versuchspersonen zwei, auf mit Teilungen versehenen Kreisscheiben drehbare Zeiger so einstellen, dass sie genau parallel zu stehen schienen. Er fand: „Die Diameter, welche parallel erscheinen, divergieren ohne Ausnahme nach oben.“ Der Kreuzungswinkel, welcher diese Divergenz misst, war am grössten bei vertikaler, am kleinsten bei horizontaler Stellung des einen Zeigers ($2{,}15^\circ$ und $0{,}43^\circ$).

Volkmann hat das wirklich gefunden und auch Zehender hat mit anderer Versuchsanordnung (p. 50) diese Erfahrung bestätigt. Sie lässt sich in anderer Form auch so ausdrücken, dass eine geringe Divergenz gerader Linien nach oben nicht wahrgenommen wird, oder dass eine wirklich bestehende Divergenz geringer erscheint, so dass wirklich parallele Linien nach oben zu konvergieren scheinen. Das merkt man ja auch, sobald man aus grösserer Nähe an einem Turme in die Höhe schaut.

Nichts destoweniger lesen wir auf p. 7 gelegentlich der Betrachtung der Poggendorff'schen Figur, welche aus zwei parallelen, von einer dritten schräge gekreuzten Linie besteht, folgendes: „Die beiden Linien A und B in vorstehender Figur 2 seien die wirklichen Parallellinien, durch deren Zwischenraum die Kontinuität des Schrägstriches unterbrochen wird. Nach den Ergebnissen der Volkmann'schen Versuche erscheinen diese beiden Linien nach oben schwach divergent. Die Divergenz soll — deutlichkeitshalber in starker Uebertreibung — dargestellt sein durch die Linien a und b.“ Das ist kein einfacher Lapsus, denn in Figur 3 und 4 finden wir wieder die Uebertreibung des angeblichen Scheines in zwei nach oben divergierenden Linien dargestellt, und auf diesem Missverständnis der Volkmann'schen Ergebnisse gründet sich die Z.'sche Erklärung der Poggendorff'schen Täuschung, die so unglaublich willkürlich ist, dass — nun, dass Verf. eben trotz der falschen Annahme der scheinbaren Divergenz nach oben etwas richtiges herausfindet. Würde er, wie es der Volkmann'sche Satz erheischt, die scheinbare Konvergenz nach oben zu seiner Konstruktion gebraucht haben, so hätte er finden müssen, dass die von links unten nach rechts oben schräg ansteigende Linie nach ihrer Unterbrechung an der zweiten Parallele tiefer anzusetzen scheint, aber nicht höher, als man erwarten sollte, wenn man sie mit dem Blicke von links unten nach rechts oben verfolgt. Warum er die Hilfslinien, welche die übertriebene schein-

bare Divergenz nach oben veranschaulichen sollen, nach aussen und nicht nach innen von den Parallelen verlegt, darüber wird nichts gesagt. Hätte er sie nach innen gezeichnet, so würde er wiederum das der Täuschung entgegengesetzte Verhalten gefunden haben.

Ich bitte den Leser, die beschriebene Figur sich aufzuzeichnen, er wird ohne weiteres bestätigen, was ich behaupte.

Die nächste durchaus willkürliche Behauptung ist, dass wir keinen Grund haben, die Winkel, welche die schräge mit den Hilfslinien (den nach oben divergierenden Graden) bildet, für ungleich halten, und dass Z. infolgedessen an die rechts befindliche Schiefe in einem wieder ganz willkürlich gewählten Punkte den Winkel anträgt, den die Schräge in Wirklichkeit mit beiden Parallelen bildet. Jede andere Wahl des Scheitels dieses Winkels, und sie wäre so berechtigt, wie die Zehender'sche Annahme, würde das Resultat verändern, und so darf es uns nicht wundern, dass Z. (p. 8) zu dem befriedigenden Ergebnis gelangt: „Die hier gefundene Konstruktion ergiebt also gerade das, was wir an der Täuschungsfigur irrtümlich zu sehen vermeinen." Er hätte das mit drei oder vier willkürlichen Annahmen weniger auf kürzerem Wege heraus konstruiert, wenn er einfach die an der rechtsgelegenen Parallellinie ansetzende Schräge um einige Millimeter nach oben verrückt hätte.

Warum ich mich so eingehend mit dieser Z.'schen Auseinandersetzung befasse, wenn sie schon nichts Richtiges enthält? Nun diese Arbeit hat mehrere recht anerkennende Besprechungen erlebt und ein Herr George M. Stratton hat im Januarheft der „Psychological Review" von 1902 anerkannt, dass die Z.'sche Behandlung des vorliegenden Problems „is by far the most illuminating, that has ever been given." Ich glaubte, dem Leser Gelegenheit bieten zu müssen, sich selbst von der Haltlosigkeit der Z.'schen Ausführungen zu überzeugen.

Auf dieser Poggendorff'schen Täuschung, bezw. den Schlüssen, die Z. irrtümlich aus ihr zieht, beruhen nun so ziemlich alle optischen Täuschungen, soweit sie räumliche Verhältnisse betreffen, überhaupt, weshalb wir den Ausführungen des Verf. als unbegründet eine weitere Berücksichtigung nicht angedeihen lassen.

Auch seine Betrachtungen über die Form des Himmelsgewölbes entbehren der gründlichen Analyse des psychischen Vorganges, welcher mit Hilfe differenter Sinnesempfindungen uns die Formvorstellung giebt, und dürfen durchaus nicht als by far the most illuminating gelten. Storch.

C) **A. Bilharz**: Die Lehre vom Leben. 502 S. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1902.

Es ist ein merkwürdiges Buch, voll von tiefen Gedanken. Leider wird uns der Inhalt in einer Form geboten, die sein Verständnis durchgängig aufs Aeusserste erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht. Auch mir ist es unmöglich gewesen, ein zusammenhängendes Verständnis zu gewinnen, obgleich ich mir redliche Mühe gegeben habe.

Wenn ich den Verf. richtig verstanden habe, so meint er, dass die all unserem Denken anhaftende Zeitbedingung die Erkenntnis der Seinsverhältnisse verhindere, dass also die Vorbedingung einer wissenschaftlichen Metaphysik darin bestehe, dass wir unser Denken von der Zeitbedingung befreien. Es

liegt darin zweifellos etwas Wahres, ein Gedanke von wirklich tiefer Bedeutung. All unser Denken besteht in einer Kombination von Begriffen, und jeder Begriff enthält in sich, unabhängig von der Zeit, eine unendliche Summe von Einzelvorstellungen, die in einander widersprechende, sich aufhebende Gruppen zu je zweien angeordnet werden können. Der Begriff der Bewegung z. B. umfasst die Möglichkeit aller Bewegungen auf allen Richtungen. Vorstellbar oder wahrnehmbar ist aber nur immer zu einer Zeit eine einzige Bewegung in der Richtung a oder — a. Unabhängig von der Zeitbedingung aber, also unvorstellbar, existiert der Begriff der Bewegung, der in sich fasst: sowohl das Weder noch, wie das Sowohl als auch.

„Zeitbedingung ist das Hindernis der Erkenntnis. Nicht ursächlich, auch nicht zwecklich, sondern gegensätzlich ist das menschliche Denken im letzten Grunde bestimmt. Dies ist der kürzeste Ausdruck, durch den die Umwandlung der gewöhnlichen Betrachtung des Weltbildes in die heliozentrische bezeichnet werden kann und deren Darlegung die Aufgabe der Metaphysik gewesen ist. Ebenso kurz und bündig kann derselbe Gedanke auch dadurch ausgedrückt werden, dass man sagt, der Zugang zur Metaphysik, als einer Lehre vom Sein, das das Denken schliesslich bestimmmt, könne nur dadurch gewonnen werden, dass man das Denken aus der Zeitrichtung herausdrehe und im Raume betrachte, was einer Drehung des Denkens um einen rechten Winkel gleichkommt.“ (p. 8.)

Diese Drehung des Denkens nun ist offenbar auch Vorbedingung für das Verständnis der vorliegenden Schrift. Sie ist der Zauberschlüssel, der dem Verf. ein anschauliches Bild des Unvorstellbaren gegeben zu haben scheint.

Ich fühle mich leider unvermögend, diese Drehung mitzumachen und befürchte, dass unter der lebenden Generation nur wenige Auserwählte dem Verf. folgen können. Ein Geist, dessen Denken gegen das der Mehrheit um einen Winkel gedreht ist, es braucht nicht einmal ein voller Rechter zu sein, darf auf Anerkennung nicht rechnen.

Vielleicht gelingt es dem Verf., den reichen Schatz seiner Gedanken in eine geniessbare Form zu kleiden. So, wie das Buch jetzt vor uns liegt, ist es wohl nur dem Verf. selbst verständlich. Man sagt, dass der alternde Kant die Arbeiten aus seiner Jugend nicht mehr so recht verstanden habe. Ob es Herrn B. bei der Lektüre seiner Lehre vom Leben nicht am Ende auch so geht, wenigstens im Einzelnen, bevor noch ein Menschenalter verflossen ist?

Storch.

CI) **Rudolf Eisler**: W. Wundt's Philosophie und Psychologie in ihren Grundlehren dargestellt. Leipzig, J. A. Barth, 1902, 209 S. Preis 3,20 Mk.

Eisler schildert in knapper Form die Grundlehren der Wundt'schen Philosophie. Das kleine Buch gliedert sich in drei Hauptabschnitte: I. Psychologische Prinzipien. II. Erkenntnistheoretische Prinzipien. III. Metaphysische Prinzipien. In einem kurzen IV. Abschnitt giebt der Verf. einen Ueberblick über das Weltbild, das die Lehren des grossen Leipziger Philosophen aufrollen.

Allen denen, die sich für Wundt's Philosophie interessieren, aber nicht Zeit haben, seine Schriften selbst zu studieren, kann das Buch Eisler's einen — freilich recht unvollkommenen — Ersatz bieten.

Gaupp.

CII) **Aug. Diehl**: Zum Studium der Merkfähigkeit. Berlin, S. Karger. 1902. 39 Seiten.

Erst vor Kurzem*) machte Ref. in diesen Blättern auf eine Abhandlung von W. Stern aufmerksam, in der interessante experimentelle Untersuchungen über Umfang und Treue des Gedächtnisses mitgeteilt werden. August Diehl hat im Januar 1899 an fünf weiblichen Personen aus gebildetem Stande Experimente über ihre Merkfähigkeit für einfache optische Reize angestellt, über deren Methode und Ergebnisse er in der vorliegenden Schrift berichtet. Forel macht im Vorwort auf die Bedeutung dieser Untersuchungen für Gericht und Schule aufmerksam.

Als zu merkende Reize dienten: 6 cm hohe Zahlen in Druckschrift, einstellig und zweistellig, ferner die Richtungslinie eines sich von seinem Hintergrund deutlich abhebenden Lineals, die Lage eines rechten Winkels, von dem anzugeben war, nach welcher Seite er sich öffnete, die Farbe und Form einfacher geometrischer Figuren. Die Expositionszeit der Reize betrug zehn Sekunden. Die Wiedergabe des Gemerkten erfolgte nach verschieden langer Zeit (ein, zwei, drei Tage).

Die Ergebnisse werden tabellarisch zusammengestellt und mit Genauigkeit und Vorsicht erläutert. Es soll hier nur Einiges kurz erwähnt werden. Die richtigen Erinnerungen betrugen für Zahlen 94 %, für Farben 81,65 %, für Linealstellungen 84 %, für Winkel 82,8 %. Die falschen Angaben schwanken zwischen 6,68 % (Linealstellungen) und 15,34 % (Zahlen), die unsicheren zwischen 6,65 % (Farben) und 17,14 % (Winkelstellung); Angaben wurden nicht gemacht bei Zahlen in 7,32 %, bei Farben in 8,35 %, bei Linealstellungen in 2,68 %, bei Winkelstellungen in 0 %. Das Gefühl der Sicherheit erwies sich mehrmals als ganz trügerisch. Die individuellen Verschiedenheiten waren bei den fünf (— auch im Lebensalter sehr verschiedenen —) Personen recht beträchtlich.

Gaupp.

CIII) Prof. D. **A. R. v. Reuss**: Das Gesichtsfeld bei funktionellen Nervenleiden. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1902. 119 S.

Verf. schildert die Ergebnisse seiner Gesichtsfelduntersuchungen bei 85 Fällen funktioneller Nervenerkrankungen. Er hat sich zunächst durch Untersuchung an zehn gesunden, den gebildeten Ständen angehörigen Personen ein eigenes Urteil über den Wert der sog. normalen Gesichtsfeldgrenzen gebildet und gefunden, dass diese für Weiss ziemlich der allgemeinen Annahme entsprechen, wenn schon seine Werte etwas kleiner sind als die z. B. auf den Förster'schen Schemen angegebenen. Die Farbengrenzen aber, die er fand, zeigen sehr beträchtliche physiologische Schwankungen und bleiben zum Teil sehr beträchtlich hinter den als Norm geltenden zurück, so dass man mit dem Urteil einer pathologischen Einengung des Gesichtsfeldes für Farben sehr vorsichtig zu sein allen Grund hat.

Die vorkommenden Anomalien teilt er in hysterische und neurasthenische; in erstere Gruppe fällt das konzentrisch eingeengte und das oscillierende Gesichtsfeld (Wilbrand), in letztere fallen die auf eine abnorme Ermüdbarkeit des Patienten zurückzuführenden Gesichtsfeldanomalien.

---

*) Siehe dieses Centralblatt 1902, S. 354.

Da in den vom Verf. untersuchten Fällen eine besondere Trennung der hysterischen Einengung, welche während der Untersuchung konstant bleibt, von der neurasthenischen Einengung durch die Untersuchung nicht konsequent durchgeführt wurde, häufig auch beide Formen gleichzeitig vorhanden sind, so bietet die Arbeit keine Unterlage dafür, inwieweit die Beziehung der einen Anomalie als einer hysterischen, der anderen als eines neurasthenischen Symptomes Berechtigung besitzt.

Das oscillierende Gesichtsfeld, welches durch ringförmige Skotome gekennzeichnet sein soll, hat Verf. nur einmal zu beobachten Gelegenheit gehabt.

So liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der Beschreibung der Ermüdungserscheinungen. Die Untersuchungsmethode unterscheidet sich von der Förster- und Wilbrand'schen. Förster beobachtete bekanntlich, dass bei Prüfung des Gesichtsfeldes normaler Weise die Marke erst zentraler bemerkt wird, wenn sie von der Peripherie her eingeführt wird, und erst weiter peripherwärts verschwindet, wenn sie vom Centrum aus nach der Peripherie bewegt wird, dass dagegen diese Erscheinung sich bei Personen mit sogenannter Anästhesia Retinae (Verschiebungstypus) umkehrt.

Die Wilbrand'sche Methode der Untersuchung hat mit der Förster-schen die „diametrale" Objektführung gemeinsam. Wilbrand notiert den Eintrittspunkt und Verschwindepunkt auf nur einem — dem horizontalen Meridian, kehrt sofort um und notiert wieder die Stelle des Verschwindens u. s. w. Liegen die nach einander erhaltenen Marken jedesmal näher am Mittelpunkte, so besteht der Wilbrand'sche Ermüdungstypus.

Verf. hat ausschliesslich nach eigener Methode untersucht. Er notierte für jeden Meridian die Eintrittsstelle, indem er am horizontalen Meridian schläfenwärts beginnend nach einander alle Meridiane vornimmt; besteht eine Einschränkung durch Ermüdung, so macht sich diese dadurch geltend, dass auf jedem folgenden Meridian eine grössere Einengung gefunden wird, dass man also bei mehrmaligem Umlauf um das Gesichtsfeld eine Spirallinie, die Ermüdungsspirale, erhält. Es ist aber für diese Art der Untersuchung notwendig, dass dem Auge keine Zeit zur Erholung gelassen wird, sonst erhält man statt der Spirale ein sich überkreuzendes Geflecht.

Es scheint, dass diese Spirale um so sicherer auftritt, je weiter die Ermüdung vorschreitet. Verf. fand sie häufiger am zuletzt untersuchten Auge, häufiger für Blau, welches zuletzt geprüft wurde, als für weiss und die anderen Farben, mit denen zunächst untersucht wurde.

Die Ursache dieser Verengerung durch die Untersuchung hält Verf. mit Recht für eine psychische. Dafür spricht das häufigere Auftreten der Spiralen beim zweituntersuchten Auge, sowie die Möglichkeit, eine Erweiterung durch energisches Zureden, durch Anspannung der Aufmerksamkeit zu erzielen.

Verf. hat auch an Gesunden geprüft, ob sich Ermüdungsspiralen einstellen: trotz sehr lange fortgesetzter Untersuchung mit negativem Resultat. Er hält ihr Auftreten also mit Recht für ein der Neurasthenie pathognomisches Symptom, wenn man natürlich auch nicht berechtigt ist, aus dieser Erscheinung auf die traumatische Genese der Neurasthenie zu schliessen. Zufälligerweise bestand jedoch das vom Verf. untersuchte Material fast durchweg aus Fällen traumatischen Ursprunges. Dagegen scheint es z. Z. nicht angängig, aus der

raschen Verengerung der Spirale auf die Schwere der Neurose sichere Schlüsse zu ziehen.

Es dürfte klar sein, dass die vom Verf. wiedergegebenen Spiralen, wenigstens die mehrtourigen, der Simulation nicht zugänglich sind. Bei positivem Untersuchungsresultat bilden sie also ein fast objektiv zu nennendes Symptom, und deshalb wäre es wünschenswert, dass diese, wenn auch zeitraubende und schwierige Methode, in allen geeigneten Fällen zur Anwendung gelangte, dass sie sich unter den Neurologen einbürgerte. Wie selten auch die Fälle sein mögen, wo sie das entscheidende Wort sprechen wird, die unglücklichen, dem Verdachte der Simulation so oft verfallenden Neurastheniker werden doch wenigstens hin und wieder durch sie rehabilitiert werden.

Storch (Breslau).

CIV) **H. Oppenheim:** Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgegeben von K. Alt, III. Band, 8. Heft. Halle. C. Marhold, 1902. 37 S. Preis 1,50 M.

Oppenheim gibt die Krankengeschichte 5 interessanter Fälle, deren Behandlung er sehr eingehend und anschaulich schildert. In den beiden ersten Fällen handelt es sich um Akinesia algera, einem sehr hartnäckigen Leiden, dessen endgültige Beseitigung dem therapeutischen Können des Verfassers alle Ehre macht. Interessant ist die Kombination von Schmerzlähmung mit Kontrakturen und Steigerung der Sehnenreflexe bei intakter Sensibilität, ein Symptomenkomplex, der bei Fall I erhebliche diagnostische Schwierigkeiten gemacht hatte. Bei Fall III bestanden Symptome des Entartungsirreseins (Angst, Zwangsbefürchtungen, Erinnerungszwang, nervöse Beschwerden); auch hier vermochte eine sorgfältige Behandlung einen überraschend guten Erfolg zu erzielen. Fall IV (Psychalgia cruris auf neurasthenischer Grundlage) zeigt den Schaden, den die Fehldiagnose Ischias anrichten kann, und den Nutzen einer sachkundigen Psychotherapie. Bei Fall V gelang es Oppenheim, einen seit vielen Jahren bestehenden und aller bisherigen Behandlung trotzenden Kopfschmerz von quälender Stärke durch Anlegung eines Haarseiles in der Nackengegend und künstliche Eitererregung endgültig zu beseitigen.

Die Art und Weise, wie Oppenheim bei psychogenen Störungen therapeutisch verfährt, ist sehr lehrreich; auch Fachleute können Manches daraus lernen. Das Genauere lässt sich im Referat nicht wiedergeben; man lese darum das Original.

Gaupp.

CV) **Friedrich Schultze:** Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie. (Aus Nothnagel's Spezieller Pathologie und Therapie.) Wien 1901, Hölder. 258 S. 6,40 M.

In dem Buche wird ein viel umstrittenes Gebiet der Neuropathologie von erfahrenster Seite einer erschöpfenden monographischen Durchsicht unterworfen. Während einer Pachymeningitis externa keine grössere Bedeutung beizumessen ist, hat die präzise Schilderung der Pachymeningitis hämorrhagica interna wegen des häufigen accessorischen Vorkommens und der nur selten deutlichen Krankheitsbilder besondere Wichtigkeit. Die meningealen Blutungen erheischen dringend Beachtung angesichts der oft notwendigen und lebensrettenden chirurgischen

Behandlung. Das wichtigste Hirnhautleiden, die akute Leptomeningitis, lässt sich ätiologisch gliedern in eine traumatische Form, in Erkrankung auf Grund der Entzündung der Nachbarorgane, Ohr, Nase und Nebenhöhlen, Augen u. s. w., dann in Meningitis bei allgemeinen Infektionskrankheiten, akuten Exanthemen und Lepra, infektiöser Erkrankung der Atem- und Intestinalorgane, des Herzens, der Gelenke, bei Septikopyämie, bei entfernten Abszessen und Gonorrhoe, bei Recurrens, Flecktyphus, Malaria u. s. w.; vor allem wichtig sind die hierher gehörenden Untergruppen der tuberkulösen, der syphilitischen und der epidemischen sowie sporadischen Cerebrospinalmeningitis, ferner kommen Meningitiden nach Intoxikation, dann bei Stoffwechselkrankheiten und schliesslich auf Grund anderweitiger Schädlichkeiten vor. Anatomisch ist am sichersten bekannt der Befund bei eitriger Cerebrospinalmeningitis, dann bei der tuberkulösen Form und schliesslich bei der einfachen, serösen Hirnhautentzündung. Eine eingehende Schilderung erfahren die mannigfachen Symptome. Unter den Verlaufsformen ist die tuberkulöse, die eitrige und die seröse Meningitis gesondert behandelt, weiterhin die Fälle der Konvexitäts- und der basalen Erkrankung, sowie der umschriebenen Entzündung.

An die Darstellung der chronischen Leptomeningitis, sowie der Hirnhauttumoren und Meningocelen schliesst sich für etwa das letzte Viertel des Buchs die Schilderung des Hydrocephalus in seiner akuten und insbesondere in seiner chronischen Form an.

Der Text wird durch eine Reihe pathologisch-anatomischer Figuren verdeutlicht und durch reichhaltige Litteraturübersichten vervollständigt.

Weygandt (Würzburg).

CVI) **C. Lombroso**: Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens. Dtsch. v. H. Kurella u. E. Jentsch. Berlin. Hugo Bermühler's Verlag. 1902. 404 S.

Lombroso's nimmermüder Arbeitsgeist hat im Laufe der Jahre ein mächtiges Material aus den verschiedensten Gebieten der Biologie zusammengeführt, vor welchem selbst der unbefangene Laie mit einigem Erstaunen halt zu machen pflegt. Nachdem sich der Autor in den letzten Jahren vorwiegend mit Untersuchungen beschäftigt hatte, welche in mehr oder weniger indirektem Zusammenhange mit dem von ihm in den siebziger Jahren angeschlagenen Thema der Biologie des Verbrechens standen, greift er mit seiner jüngsten grösseren Veröffentlichung wieder auf diesen Gegenstand im ganzen zurück. Hatte er damals besonders eine grosse Menge spezieller Erfahrungen und Beobachtungen zur Mitteilung gebracht, so versucht er nun in dem neuen Bande, unterstützt durch das, was seither sich noch als wertvoll oder beachtenswert herausgestellt hat, das Gemeinsame aus den Ergebnissen seiner Detailarbeit herauszuheben und nach den wichtigsten Gesichtspunkten zu ordnen. Es ist klar, dass durch diese Art der Umgruppierung auch dem von früher her bekannten Stoffe völlig neue Seiten abgewonnen werden mussten.

Im ersten Teile des Buches Aetiologie des Verbrechens bespricht der Autor zunächst die von ihm auch bereits bei anderen Gelegenheiten wiederholt betonte Bedeutung der klimatischen Faktoren und der verschiedenen Jahreszeiten für die Psyche, weist die Abhängigkeit der Blutthaten von den Hitzeperioden und Breitegraden (besonders für Italien und Spanien im einzelnen), den Zusammenhang der Revolten mit den Hitzemaximis, das Zurücktreten aller

derartigen Erscheinungen jenseits gewisser geographischer Grenzen nach. Nach einem kurzen Seitenblicke auf das geologisch-orographische Moment folgt ein längeres Kapitel über den Rasseneinfluss, wobei sich L. allerdings fast ausschliesslich auf italienische Verhältnisse beschränkt. Er schildert die zwei „kriminellen Centren" Livorno und Artena und giebt eine scharfsinnige Auseinandersetzung über die ethnischen Wurzeln der so verschieden sich darstellenden Kriminalitäten von Sardinien, Korsika und Sicilien, im Anschluss hieran eine Uebersicht über die Judenkriminalität und über die Verbrecherrasse der Zigeuner. Vom Einflusse der fortschreitenden Kultur auf das Verbrechen meint der Autor, dass der Typus „Gewalt" immer mehr dem Typus „List" Platz zu machen neige, dass die Kultur an sich das Verbrechen nicht zu vernichten oder erheblich zu beschränken vermöge, dass aber dieses im grossen und ganzen mildere Formen anzunehmen scheine (worauf namentlich bei der Besprechung des Einflusses von Erziehung und Bildung auf das Verbrechen hingewiesen wird). Hiermit steht auch Lombroso's Wunsch einer milderen Behandlung des Verbrechens im Einklange.

Weiterhin finden wir eine Erörterung über die grosse Rolle, welche Ein- und Auswanderung beim Verbrechen spielen, namentlich in Frankreich und Amerika, sowie über den Einfluss der Bevölkerungsdichtigkeit, über den Unterschied der Kriminalität in Stadt und Land. Sehr interessant sind die Ermittelungen über die Beziehungen zwischen dem Preise der Nahrungsmittel- und der Kriminalitätsquote. Wird das Brot teurer, so nehmen nämlich die Eigentumsverbrechen zu, wird es billiger, dagegen die Sittlichkeitsverbrechen und die Händel. Auf die Gesamtkriminalität hat so der Brotpreis anscheinend gar keinen Einfluss. L. betont übrigens, wie selten wirklich aus Not gestohlen wird, meistens haben es die Nahrungsmitteldiebe auf Genussmittel, Delikatessen u. s. w. abgesehen. Ein irgendwie beträchtlicher Einfluss des Hungers auf das Entstehen von Revolten wird von L. an der Hand eines grösseren geschichtlichen Materials in Abrede gestellt. Das beste Beispiel hierfür ist Indien, woselbst grosse Hungersnöte durchaus keine Seltenheit sind; der grosse indische Aufstand von 1857/58 ist in der Hauptsache auch nicht auf Rechnung des Hungers zu setzen.

Die verhängnisvolle Bedeutung, welche der Alkoholismus für das Verbrechen besitzt, äussert sich besonders in dem in seinem Gefolge auftretenden Pauperismus. Sowohl beim starken Anwachsen, wie beim unverhältnismässigen Zurückgehen der Löhne wird mehr getrunken, der Anteil des Alkohols als kriminogenen Faktors wird verschieden hoch angegeben, von 25 % bis 81 %. In Amerika soll nach Dixon St. Johnsburg, in welchem keine gegohrenen Getränke verabreicht werden dürfen, seit Jahren sich frei von Verbrechen gehalten haben. Die grosse Frequenz des Verbrechens beim Alkoholismus sieht L. als neuen Beweis dafür an, dass das Verbrechen die Folge krankhafter Zustände des Organismus ist. Der Alkohol hat eine um so grössere Wichtigkeit für die Delinquenz, als auch zu ihm gegriffen wird, um sich Mut und mildernde Umstände oder Straflosigkeit anzutrinken und das Gefühl des Gesunkenseins zu bannen, weil er das furchtbarste Mittel der Verführung ist, unter seiner Wirkung vorwiegend die Beute verjubelt wird, die Kneipe den Sammelpunkt der Komplizen und oft den Ort, wo die Verbrechen ausgesonnen werden, darstellt. Die meisten Alkoholverbrechen sind Körperverletzung, Sittlichkeitsverbrechen, Aufruhr, ferner Mord und Totschlag, seltener sind Brandstiftung und Diebstahl,

das Minimum liegt bei Fälschung und Betrug. Letzteres ist sehr begreiflich, da die lähmende Wirkung des Alkohols auf die feineren psychischen Thätigkeiten das Zustandekommen dieser Delikte erschwert. Eine grosse Rolle spielt der Alkohol auch bei Revolten.

Trotzdem der Alkoholismus vom Süden nach dem Norden zu wächst, nimmt die Kriminalitätsziffer dennoch von Süd nach Nord ab. Der Nordländer hat eben ceteris paribus ein grösseres Bedürfnis nach dem Alkohol, als der Südländer, einmal wegen des Klimas (Erwärmung), zweitens wegen seines grösseren Verlangens nach Anregung gegenüber dem — je nachdem — entweder phlegmatischen oder leicht von selbst erregbaren Südländer. Dagegen pflegen wieder die höheren Hemmungen beim Nordländer kräftiger ausgebildet zu sein, als bei jenem. Wir sehen also, dass im Norden der Alkoholismus zwar verbreiteter ist als im Süden, dass aber hier die deletäre Wirkung des Alkohols quoad crimen stärker zur Geltung kommt. Das Gleiche gilt nach L. auch für die genialen Menschen, von denen eine gewisse Anzahl ebenfalls Alkoholiker waren. „Diese Thatsache ist die nämliche wie jene, dass die Völker um so leichter in Alkoholismus verfallen, je höher sie civilisiert sind, besonders die nordischen, und dann ist er eben nicht die Ursache, sondern eine unglückliche Nebenerscheinung der grösseren kortikalen Erregbarkeit.“ Selbstverständlich ist es freilich, dass der einreissende Alkoholismus auch den vollständigen Niedergang einer Rasse (Wilde, Bastardrassen) einleiten oder begleiten kann. Dies ist indes natürlich eine Sache für sich.

Beim Kapitel „Geistesbildung und Verbrechen“ erfahren wir, dass von einem gewissen Punkte ab, bis zu welchem das Verbrechen durch Bildung begünstigt zu werden scheint, diese als Gegenmittel hierfür auftritt. Gewöhnlich gehen mit dem höheren Durchschnitte der Schülerzahl die Roheitsverbrechen ziemlich gesetzmässig herab; wächst die Bildung an, so ergiebt sich teilweise das Verhältnis, dass die Kriminalitätsziffer sowohl bei Gebildeten als bei Ungebildeten in die Höhe geht, dann jedoch relativ mehr bei letzteren. Bei den Unterrichteten überwiegt natürlich der Typus „List“. Auch werden manche Delikte erst durch Erwerbung einiger Bildung möglich. Wer nicht lesen und schreiben gelernt hat, kann keine Droh- oder Erpresserbriefe abfassen. Deswegen ist Lombroso auch gegen den Unterricht ethisch defekter Individuen, wie er z. B. in den Gefängnisschulen geübt wird, sehr eingenommen, ebenso gegen das Beibringen von Fertigkeiten in Strafanstalten, welche leicht missbraucht werden können (Schlosserhandwerk, Lithographie). L. erklärt solche Einrichtungen als Humanität am unrechten Orte, unter welcher die Ehrlichen ihrerseits wieder leiden können. Man kann an diesem Beispiele lernen, was echte Philanthropie ist. Freilich liegt dieser Anschauung die Ueberzeugung von der Incurabilität schwerer ethischer Defekte zu Grunde, welche gegenwärtig noch nicht überall durchgedrungen ist, aber wohl kaum einen Sachverständigen mehr überraschen dürfte.

Die illegitime Geburt hat sich als ein erhebliches kausales Moment beim Verbrechen herausgestellt; ganz besonders scheint diese Schädlichkeit auf das Weib als Verbrecherin beeinflussend zu wirken. Man konstatiert hier wieder die grosse Abhängigkeit des Weibes von den suggestiven Vorgängen. Namentlich ist die Gefahr der Prostitution in dieser Hinsicht naheliegend. L. betrachtet die Prostitution bekanntlich als eine Unterart der Kriminalität überhaupt, als das typisch weibliche Verbrechen. Ferner spielt die Illegitimität auch beim jugendlichen Verbrechertum eine grössere Rolle.

Die eigentliche Weiberkriminalität erhebt sich nirgends über ca. $^1/_4$—$^1/_5$ (ausser in manchen grossen Centren) und kann bis $^1/_{25}$ sinken. Das Weib gelangt im Durchschnitt später zum Verbrechen, als der Mann (Schwierigkeit der Prostitution im höheren Alter). Spezifisch weibliche Verbrechen sind Kindesmord und Abtreibung, sowie Vergiftung, in zweiter Linie Hehlerei, Brandstiftung und Hausdiebstähle. Die Sittlichkeitsverbrechen der Männer werden durch die Prostitution mehr als ausgeglichen.

Der ausführliche Abschnitt über die Vererbung rekapituliert vieles von früher her Bekannte. L. hält für die typischsten Faktoren in der erblichen Uebertragung des Verbrechens den Kretinismus und das Verbrechertum selbst. Die Darstellung gipfelt in einer summarischen Darlegung der Familiengeschichte der Yuke's, welche durch sieben Generationen bei insgesamt 540 (exkl. 169 fremden) Mitgliedern verfolgt wird. In der fünften Generation waren hier alle Frauen Prostituierte und alle Männer Verbrecher, der Unterhalt dieser zahlreichen Familie kostete während 85 Jahren dem Staate vier Millionen Mark. Die am Schlusse dieses Kapitels neu formulierten speziellen Vererbungsgesetze sind von Interesse.

Das Maximum der Kriminalität beim Manne soll zwischen dem 20. und 30. Jahre liegen (das der Psychosen zwischen 30 und 40). Die Existenz einer „Stufenleiter" der Verbrechen wird in Abrede gestellt. Die schrecklichsten Missethaten werden oft gerade von den Anfängern verübt. Allerdings beobachtet man häufig Grausamkeiten bei sehr jungen ethisch defekten Individuen, doch lässt sich hier manchmal keine scharfe Scheidung vornehmen, da dem Kinde überhaupt meistens etwas Grausames, Quälgeistiges anhaftet. Die Erzieher pflegen sich dann meistens auszudrücken, das Kind „verstände es noch nicht". Diebeshang soll sich häufig als Genäschigkeit im Kindesalter ankündigen.

Die Kriminalität der einzelnen Altersstufen scheint nach Rasse und Nation zu variieren, für Frankreich wird zu diesem Gegenstande eine genaue detaillierte Tabelle nach Guerry mitgeteilt, welche für den Psychologen manches Interesse besitzt.

Der Teil über die „Aetiologie des Verbrechens" schliesst mit Erörterungen über den Einfluss des Civilstandes und des Berufs auf das Verbrechen, über die Gemeinschaftsverbrechen und ihre Ursachen und über die Ursachen des politischen Verbrechens. Letzteres Kapitel ist ein Auszug aus der von L. in gemeinsamer Arbeit mit Laschi verfassten grossen Monographie über den „politischen Verbrecher" (Deutsch von H. Kurella).

Unter „Vorbeugung des Verbrechens" werden kritische Gesichtspunkte aufgestellt und eine Reihe Vorschläge gemacht, welche (Lombroso geht immer von Italien aus) teilweise anderweitig schon durchgeführt sind. Es werden die Strafersatzmittel, die wohlthätige Wirkung mancher wissenschaftlichen, sozialen und Verkehrs-Maassnahmen besprochen (Vergiftungsnachweise, Dampfschiffahrt gegen die Seeräuberei, Eisenbahn gegen Strassenraub, Findelhäuser gegen Kindesmorde, gute Strassenbeleuchtung gegen Diebstähle und sexuelle Angriffe u. s. w.) Ein schwerer Nachteil bei der Beurteilung eines Verbrechens ist die Relativität der Anschauung nach Rasse und Klima (z. B. wird in West-Sizilien ein Todschlag leicht anders beurteilt, als in den piemontesischen Alpenthälern; was würde ferner herauskommen, wenn man einen Zigeuner von Zigeuner-Geschworenen aburteilen liesse? u. s. w.). Im Anschluss

an dieses allgemeine Kapitel bespricht L. die Identifikationsmethoden und die mögliche Bedeutung neuerer Untersuchungsarten, z. B. der Plethysmographie, welche er selbst bereits praktisch erprobt hat. Der spezielle Teil handelt zunächst von der Verhütung der Sittlichkeitsverbrechen und des Betruges, welche L. als die spezifischen Verbrechen der fortgeschrittenen Civilisation bezeichnet, ferner von der Bekämpfung des Alkoholismus und von der sozialen Behandlung der Alkoholisten. Weiterhin folgt ein langes Kapitel über die Bedeutung der Wohlthätigkeitsinstitutionen und der Mildthätigkeit. In dieser Hinsicht ragen unter den grossen Centren besonders London und Genf hervor. Wir erhalten hier sehr genaue Nachweise und eingehende Einzelheiten. Der Gegenstand ist ein Lieblingsthema L.'s. Von Beispielen der Privatwohlthätigkeit werden besonders besprochen die grosse Salesianeranstalt Don Boscos in Turin, eine geistliche Stiftung zur Aufnahme gefährdeter junger Leute und Kinder mit 200 Filialen auf der ganzen Erde und ca. 50 000 Inquilinen im ganzen und das berühmte Heim des Dr. Barnardo bei London für arme Kinder und bedrohte Jugendliche, eine Institution von bewundernswerter Organisation und weitreichendem Wirkungskreise, auf welche auch in den folgenden Kapiteln über die Bedeutung der Religion und des Unterrichts vielfach zurückgegriffen wird. Nicht verkannt werden von Lombroso die vollständige Unzulänglichkeit der gegenwärtigen Wohlthätigkeitseinrichtungen, sowie die schädlichen Wirkungen verkehrter oder falsch ausgeübter Barmherzigkeit.

Grosses soziales Interesse bietet der Abschnitt über die Verwahrlosung der Kinder und Jugendlichen, die Rottenbildung unter Halberwachsenen und die zahlreichen zur Abhilfe ersonnenen Mittel und Einrichtungen, an denen namentlich England und Amerika reich sind. L. ist kein Freund der sog. Besserungsanstalten, an denen er dieselben Nachteile bemerkt, wie bei den Gefängnissen. Er hält die Familienerziehung, wie sie z. B. bei den von Barnardo in kanadischen Farmerfamilien untergebrachten jugendlichen Verwahrlosten sich ausgezeichnet bewährt hat, für die beste. Von den eigentlichen Anstalten hält L. diejenigen nach dem Muster des amerikanischen „Reformhauses" Elmira für die empfehlenswertesten, eine Gründung Brockway's unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen und Ansichten des Autors selbst. Der Teil schliesst mit einer Kritik des Gefängniswesens, der „Patronage" und der Deportation, sowie einiger nach der Ansicht des Verfassers unzweckmässigen Gesichtspunkte in der Strafrechtspflege.

Im letzten Abschnitt des Werkes tritt im Gegensatz zu dem vorwiegend kritischen des zweiten das synthetisch-konstruktive Moment mehr in den Vordergrund.

Kapitel I enthält eine kurze historisch-ethnologische Skizze des Charakters der Strafe, eine Tabelle der hauptsächlichen kriminellen „Stigmen", eine kurze Charakterisierung der Verbrecheruntergruppen und ein Resumé der üblichen Strafrechtstheorien, das folgende Kapitel eine Uebersicht über die verschiedenen Arten des Strafvollzugs, ihre Wirksamkeit, das „Probation-System" (bedingte Strafvollziehung), das „Reformatory" in Elmira und das für den Psychiater so wichtige Thema des Kriminalirrenhauses. Letzterer Gegenstand wird im anschliessenden Kapitel über „die Strafen im Sinne der Kriminalanthropologie" in dem Absatze „geisteskranke Verbrecher" erweitert und ergänzt. „Mit dem Kriminalirrenhause nehmen wir dem Verbrecher, der Geisteskrankheit

simulieren wollte, jede Lust zur Verstellung, verhindern die Vererbung des Verbrechens und die Verbrechergemeinschaften, die sich fast immer in den Gefängnissen organisieren, vermindern die Rezidive, vermindern die gewaltigen Ausgaben für die Prozesse und die Verbrechen aus Nachahmung, welche häufig deren Folgen sind." L. hält es für opportun, „den wenigen Kranken, deren Heilung durch eine längere Beobachtung erwiesen wäre, die Freiheit zu bewilligen." Gegen die Erwägung, ein als Geisteskranker erkannter Verbrecher müsse doch wieder unter das gewöhnliche Recht fallen, macht er geltend, dies sei nicht angängig, denn so lange die Gefahr bestehe, bestehe auch das Recht der Verteidigung. L. kommt zu dem Schlusse, dass in das Kriminalirrenhaus aufzunehmen seien:

„1. Alle irre gewordenen Gefangenen mit kriminellen Neigungen.

„2. Alle Geisteskranken, gegen welche ein wegen Mord, Brandstiftung, Päderastie u. s. w. eingeleitetes gerichtliches Verfahren infolge Feststellung der Psychose abgebrochen worden ist.

„3. Alle Angeklagten, welche ganz ungewöhnlicher und entsetzlicher Verbrechen beschuldigt sind, für welche sich kein Motiv auffinden lässt und in betreff deren der Verdacht des Irrseins oder wenigstens einer schweren Hirnerkrankung naheliegt, und zwar nach einem von drei Irrenärzten einhellig abgegebenen Gutachten. (Insofern ein Verbrechen ohne Motiv schon an sich ein Zeichen von Geisteskrankheit ist.)

„4. Angesichts der aussergewöhnlichen Wichtigkeit der Epilepsie alle jene, welche in psychisch-epileptischen Zuständen Verbrechen begangen haben, oder Verbrecher, die epileptische Krampfanfälle erlitten haben.

„5. Alle jene, welche notorisch ehrlich waren, aber durch andauernde und zweifellos pathogene Einwirkungen, wie Pellagra, chronischen Alkoholismus, Wochenbett zum Verbrechen getrieben wurden, besonders wenn sie geisteskranke oder epileptische Eltern hatten und viele Degenerationszeichen aufweisen. Hierbei ersieht man die Notwendigkeit, eigene Kriminalirrenhäuser für Alkoholiker, Epileptiker, Pellagröse u. s. w. zu errichten.

„Die geistig Kranken in den Gefängnissen müssen von den anderen isoliert und in Stationen untergebracht werden, welche nicht zum eigentlichen Gefängnislazarett gehören. Ueberall muss die Hausordnung streng sein, die Ueberwachung stärker als in den gewöhnlichen Anstalten, ähnlich der in den Strafanstalten, die Arbeit indes sei den Kräften angemessen, finde im Freien statt und wechsle mit langen Ruhepausen und Zerstreuung ab.

„Die Leitung sei ärztlich, das Personal soll aus Gefängnisbeamten bestehen.

„Die als andauernd gefährlich ermittelten und schon verschiedene Male prozessierten Individuen werden nie freigelassen werden können, die mit periodischem oder intermittierendem Irrsein Behafteten, welche vollständig geheilt erscheinen, können nach ein- bis zweijähriger Beobachtung zur Entlassung vorgeschlagen werden, müssen aber noch jahrelang nach ihrem Austritt, wie es in Belgien geschieht, allmonatlich vom Arzte besucht werden."

An die Betrachtung über das Kriminalirrenhaus reiht sich eine solche über die Behandlung der unverbesserlichen Delinquenten, wobei das in der belgischen Ackerbaukolonie Mexplas repräsentierte Modell befürwortet wird, schliesslich über die Todesstrafe, welche L. für die rezidivierenden schweren Blutsverbrecher für angemessen hält.

Dem kriminellen Weibe möchte Lombroso möglichst milde Strafen zudiktiert wissen, ebenso den kriminellen Greisen, den Leidenschaftsverbrechern, bei welchen bittere Reue das gewöhnliche ist, und den ehrenhaften politischen Verbrechern, soweit sie nicht geisteskrank sind. Einige weitere Einzelheiten dieses Abschnittes weisen auf früheres zurück, so z. B. die Empfehlung von Ehrengerichtshöfen gegen das Duell, der Scheidung gegen den Ehebruch, der Patronage der Gelegenheitsverbrecher u. s. w.

Der Nutzen dieser Reformen in der Praxis wird dargethan an der Hand der Erfahrungen, welche die Einführung einiger derselben in einigen Ländern, so in der Schweiz und England, bereits gezeitigt hat, namentlich in Genf und London. Nach Lombroso selbst, der die Existenz eines geborenen Verbrechers annimmt, muss das Resultat solcher Bestrebungen immerhin ein begrenztes bleiben. Unter „Praktischer Anwendung" empfiehlt er noch einmal die anthropologisch-psychologische Methode in ihren verschiedenen Applikationsweisen für die Gutachterthätigkeit und weist auch auf ihre mögliche Bedeutung für die Feststellung der Unschuld hin.

Im Schlusskapitel bringt er einen neuen Gesichtspunkt von ausserordentlich weitem Horizont, nämlich den der „Symbiose" des Verbrechers: L. hofft, es werde in Zukunft gelingen, die zerstörenden Kräfte der menschlichen Gesellschaft zu ihrem Dienste zu organisieren. Dieser philanthropische Optimismus gewährt zwar einen erfreulichen Ausblick, dürfte jedoch bei dem jetzigen, noch unbefriedigenden Stande der Dinge und Kenntnisse allzu verfrüht sein. Der Abschnitt enthält manche interessante Einzelheit, bringt aber in grosser Kürze eine grosse Menge oft ganz heterogenen Materials zusammen, dessen innerer Zusammenhang oft dunkel bleibt. Auffallend ist, dass Lombroso gegen die Deportation, welche doch von einem solchen „symbiotischen" Motiv ausgeht, sich im ganzen ablehnend verhält. Anziehend wirkt dieser Schluss des Buches dadurch, dass er eine schöne Probe von dem hohen Idealismus des verdienten Denkers abgiebt.

Wie aus dieser Uebersicht hervorgeht, giebt Lombroso diesmal wieder ziemlich viel, wovon freilich ein Teil durchaus nicht neu ist. Das Werk wird sehr dazu beitragen, mehr Klarheit im einzelnen über die Ansichten und Bestrebungen Lombroso's in Deutschland zu verbreiten, und manche grosse Missverständnisse selbst der, den entsprechenden Gebieten Näherstehenden aufzuklären. Manches konnte auch in bestimmterer Form ausgedrückt, resp. mehr ins einzelne verfolgt werden, als es früher möglich war. Das ausserordentlich grosse Zahlenmaterial, welches aus den verschiedensten Quellen stammt, hat natürlich den begrenzten Wert jeder Statistik. Die Zahlen schwanken oft ganz ausserordentlich, z. B. je nach ihrer geographischen Provenienz (man vergleiche z. B. hierzu die Grenzwerte der oben erwähnten Alkoholkriminalität), aber gerade dieses Streben nach möglichster Vollständigkeit und gleichmässiger Behandlung des ganzen Stoffes auf breiter Basis erscheint wissenschaftlich fruchtbarer, als die Beschränkung auf sehr enge Grenzen, welche für die klare Unterscheidung von Einzelheiten oft zu viel Gemeinsames besitzen. Dass das Zahlenmaterial nicht durchgängig von derselben Qualität sein kann, ist selbstverständlich; nach Möglichkeit ist aber überall die Quelle angegeben.

Was die Folgerungen anlangt, die Lombroso aus seinen bisherigen Resultaten und Beobachtungen gezogen hat, Folgerungen, welche durch die Unwissenheit, Verständnislosigkeit und Sensationslust vieler Laien bekanntlich

selbst karikiert worden sind, so bewegen sie sich natürlich in der heute herrschenden deterministisch-biologischen Richtung. Freilich lassen sich auch noch andere Folgerungen aus seinen Forschungen ziehen, er selbst weist z. B. bei einer Gelegenheit auf die schöne Litteratur hin. Dies ist aber der Fall bei jeder neuen, wichtigeren Problemstellung.

Auch ist mit dem Buche eine weitere Reihe von Themen neu angeschnitten worden. Ueber vieles lässt sich auch jetzt wieder streiten, so z. B. erscheint es nicht angängig, die sogenannte „Blindheit" vieler psychisch Abnormer mit einer Sensibilitätsabstumpfung direkt in Verbindung zu bringen.

Das allgemeinste Interesse haben die Abschnitte über das Wohlthätigkeitswesen und seine Erfolge und Wirkungsweise. Es steht zu hoffen, dass die in einigen Ländern von Privaten oder Stiftungen eingeschlagenen Bahnen mit dem Bekannterwerden ihrer teilweise recht erfreulichen Resultate allenthalben Nachahmung finden werden.

Das während der Zusammenstellung verarbeitete fremde Material aus den verschiedensten Sprachen ist ein ausserordentlich umfangreiches, es war bei der Uebersetzung nicht möglich, alle diese Citate zu vergleichen, so dass es nicht Wunder nehmen wird, wenn etwa die durch eine fremde Sprache hindurchübersetzten oder die aus einer fremden Sprache zurückübersetzten Stellen nicht immer wörtlich ganz genau gleich geblieben sind. Trotzdem ist alles möglichst in deutscher Sprache wiedergegeben worden. Derartige Schwierigkeiten wird der Linguist leicht verstehen. Die geringe Anzahl störender Lapsus, die sich bei der Durchsicht durchgeschlichen haben, wird der Fachmann leicht von selbst korrigieren. Jentsch.

CVII) **Paul Julius Möbius:** Ueber das Pathologische bei Nietzsche. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XVII. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. 106 S.

Nietzsche's Person und Lebenswerk bedarf der ärztlichen Betrachtung. Gesundes und Krankes mischt sich in den Erzeugnissen seines Geistes aufs innigste. Der maasslosen Ueberschätzung seiner Schriften, die bei Halbgebildeten und Neuropathen zu finden ist, steht eine schroffe Verdammung seiner geistigen Arbeit gegenüber; diese Verdammung findet sich namentlich im Lager der Theologen und menschenunkundigen Moralisten. Die Stellungnahme beider ist falsch. Das Falsche entspringt vor allem einer mangelnden Kenntnis der Wandlungen Nietzsche's und einem Vergessen der Thatsache, dass Nietzsche ein kranker Mensch war. Wohl wissen die meisten, die sich mit seinen philosophischen Dichtungen befassen, dass er in seinem späteren Leben in unheilbare Geisteskrankheit verfiel: aber ob er schon lange krank war und von wann an die Krankheit sein geistiges Schaffen beeinflusste, darüber waren die Ansichten verschieden und vage Vermutungen herrschten statt sicheren Wissens. Hier galt es eine Lücke auszufüllen. Allein dazu bedarf es eines Arztes, der nicht nur psychiatrische Kenntnisse besitzt, sondern dem eigene gründliche philosophische Bildung ein selbständiges Urteil und eine ernste Kritik ermöglicht. Möbius besitzt diese Eigenschaften. So war er wie kaum ein anderer berufen, uns den Menschen Nietzsche in gesunden und kranken Tagen zu schildern und uns darzuthun, welcher Teil seiner Schriften unter dem Einfluss krankhafter

Veranlagung geschrieben ist und wo durch die hereinbrechende Paralyse die Geistesprodukte endgültig mit den Spuren psychischer Schwäche behaftet werden. Mit Ernst und vornehmer Ruhe hat sich Möbius an die Aufgabe gemacht, das Leben und Schaffen des eigenartigen Mannes im Lichte psychiatrischer Analyse darzustellen.

Möbius beweist zunächst durch Mitteilung vieler Einzelheiten, dass Nietzsche erblich belastet war; er war ein Entarteter (im Sinne des Verfassers). Der Philosoph litt jahrzehntelang an schwerer Migräne, die ihm viel Schmerzen und Elend bereitete. Welche Bedeutung dieses Leiden für sein Leben und seine Arbeitsfähigkeit hatte, wird anschaulich geschildert. Seine seelische Disharmonie, seine ausgezeichnete Begabung für Musik, Sprache, Poesie bei geringer Veranlagung für realistische Wissenschaft und für praktische Dinge, seine Maasslosigkeit und Leidenschaftlichkeit, seine oft störende Geschmacklosigkeit im Ausdruck seiner Gedanken und Stimmungen, sein unstetes, sprunghaftes Denken, seine hypochondrischen Verstimmungen — alle Eigentümlichkeiten des noch nicht geisteskranken Nietzsche erfahren eine eingehende und klare Würdigung. Möbius hält es für möglich, dass die ererbte Migräne nach der Infektion durch die Wirkungen des Giftes sich verschlimmerte.

Mit grosser Sorgfalt spürt dann Möbius nach den ersten Anzeichen der Paralyse bei Nietzsche. Eingehende und überzeugende Erwägungen führen ihn zunächst zu dem Ergebnis, dass zwischen 1881 und 1885 der Beginn der Erkrankung fällt. Bei der kritischen Durchforschung des „Zarathustra“ ergeben sich eine Reihe von Momenten, die für Ausbruch der Krankheit im Jahre 1881 sprechen; im Januar 1882 befand sich der Philosoph nach des Verf. Ansicht in einer leichten paralytischen Erregung von manischer Färbung. Die Begründung dieser Auffassung ist in einem Referat nicht zu geben, sie muss im Original nachgelesen werden; denn sie kann nur überzeugen, wenn sie in ihrer ganzen Ausführlichkeit gewürdigt wird. Mit dem ersten paralytischen Anfall (Neujahr 1889) begann dann die stärkere Verblödung, die Diagnose war nunmehr leicht. Aber erst $11^1/_2$ Jahre später trat der Tod ein. Die Schilderung dieser letzten 11 Jahre wird trotz ihrer kurzen Fassung auch denjenigen von der paralytischen Natur der Erkrankung überzeugen, der in den Ausführungen des Verf. über die Jahre 1881—1888 den Beweis des damaligen Bestehens der Paralyse nicht voll erbracht sehen sollte.

Nietzsche litt also 19 Jahre lang an progressiver Paralyse. Die spezifische Infektion verlegt Möbius ins Jahr 1866. Die Krankheit trat demnach 15 Jahre nach ihr auf.

Der Schwerpunkt der Schrift, die ein Meisterstück einer kritischen Untersuchung ist, liegt in der Darstellung des Einflusses, den die beginnende Krankheit auf Form und Inhalt der Schriften von 1882—1888 ausübt, also vor allem auch auf den Zarathustra, das berühmteste Werk des Philosophen. Man mag manchmal mit dem Verf. nicht ganz übereinstimmen, wenn er an den Sprachkunststücken Nietzsche's eine fast etwas pedantische Kritik übt; aber das ist nebensächlich. In der Beurteilung des philosophischen und ästhetischen Wertes der Schriften aus den Jahren 1882—1888 wird jeder Möbius zustimmen können, sofern ihm nicht der „Nietzscherummel“ Denken und Fühlen in ungesunde Bahnen gelenkt hat.

Alles in allem: Das Buch von Möbius ist eine bedeutungsvolle Schrift, die jeder lesen soll, der sich mit Nietzsche beschäftigt und einige medizinische Bildung hat. Der Psychiater aber wird an der Abhandlung seine besondere Freude haben. Denn sie zeigt ihm, dass er bisweilen wie kein anderer imstande ist, Leben und Schriften genialer, aber psychopathischer Menschen gerecht und vorurteilsfrei zu beurteilen. Gaupp.

CVIII) Frau Dr. med. **Anna Fischer-Dückelmann**: Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine physiologisch-soziale Studie. 219 S.

Es gereicht einem Buche nicht zum Vorteil, wenn sein Erscheinen mit zuviel Lobpreisungen und stolzen Worten begleitet wird und zugleich der Lebensgang des Verfassers, für die Oeffentlichkeit besonders zugestutzt, dem staunenden Publico präsentiert wird. Gut Deutsch, zu viel Reklame ist vom Uebel, sie steigert die Erwartungen im voraus zu hoch und überlässt es dem Buche selbst zu wenig, seinen Wert darzuthun.

Die physiologisch soziale Studie der Frau Dr. F. war mit diesem Kardinalfehler in ungewöhnlichem Maasse behaftet, man hätte ein Standardwerk erwarten müssen. Nun — in gewissem Sinne ist es auch eines geworden —, nämlich es bildet den Typus abschreckendster Weiberlitteratur, wie sie nicht sein soll; grimmige Polemik, ira hat die Feder der Verfasserin geführt, anstatt ruhige Ueberlegung und auf den Fundamenten der Wissenschaft aufgebaute Sicherheit. Wehe der medizinischen Wissenschaft, wenn das die Früchte weiblichen Medizinstudiums sind!

An die Stelle ernsten Litteraturstudiums tritt ein masslos gesteigertes Selbstbewusstsein, das dazu verführt, Behauptungen aufzustellen, die unbeweisbar sind und sich die Autorschaft für Beobachtungen zuzuschreiben, die längst von andern gemacht sind.

Untersuchungen über das Geschlechtsleben, so meint die Verf., existierten bisher nur von dem Manne und in wissenschaffentlich ernster Form nur für den Mann. Soll das heissen, dass bisher nur Männer über das Geschlechtsleben sich geäussert haben? wenn ja, so ist das kein Unglück weiter, wie Frau Dr. F. mit ihrem Buche schlagend beweist. Und nur für den Mann? ja, warum denn? ist Ploss-Bartels: „das Weib" nur für Männer geschrieben?

„Mit objektivem Sinne," so heisst es weiter, „tauchte der Geist des Mannes in alle Tiefen, rücksichtslos verfolgte er seine Zwecke, während die Frau, obwohl der Hauptgegenstand bei allen sexuellen Vorgängen und im Mittelpunkt derselben stehend, sich dieses Umstandes nicht einmal recht bewusst wurde."

Was diese, in Karlchen Miessnick-Deutsch vorgetragene Tirade heissen soll, ist mir trotz mehrfacher schmerzhafter Lektüre nicht klar geworden: aus der Objektivität soll dem Manne doch kein Vorwurf gemacht werden; wenn an deren Stelle die Subjektivität der Frau Dr. F. treten soll, dann gnade uns Gott. Auf Seite 15 plädiert Verf. dafür, die Frau von der häuslichen Sklaverei zu befreien, um sie trotz Mutterschaft für geistige Interessen brauchbarer zu machen; aber wem soll denn dann die häusliche Sklaverei aufgebürdet werden? wieder andern weiblichen Wesen? wo bleibt dann deren geistige Entwickelung; vielleicht gar meint die Verf. nicht das Geschlechtsleben des Weibes mit dem Titel ihres Buches, sondern das der „Damen". Weiterhin meint die Verf., es sei notwendig, wissenschaftliche Fragen, namentlich die hier vorliegenden, auch vom

weiblichen Standpunkte zu beleuchten; bei der Erörterung dieser Idee werden aber zum Beweise die entlegensten Dinge durcheinander geworfen; anstatt bei der wissenschaftlichen Seite zu bleiben, spricht sie von den männlichen Manieren der Aerzte, die ihren Kranken gegenüber den „Verstand hauptsächlich walten lassen, wo „edles Gefühl" am Platze wäre." Welch' ein Geschwätz!

Wir möchten glauben, dass es in naturwissenschaftlichen Dingen, und solche werden doch wesentlich hier besprochen, keine geschlechtsverschiedene Wahrheit geben kann, und eine speziell weibliche Naturwissenschaft wird auch der fanatischste Feminist nicht zugeben.

In die Idee verrannt, die Gleichwertigkeit des weiblichen Geschlechtes (im Stillen meint Frau Dr. F. wohl Ueberwertigkeit) zu erweisen, leistet sich die Dame folgende Behauptung: „mir drängte sich zuerst die Idee auf, den Beweis zu erbringen, dass es eine physiologische Minderwertigkeit nicht giebt und dass sogar die äusserlich verschiedenen Geschlechtsorgane die gleiche Abstammung haben."

Physiologische Minderwertigkeit? in Bezug worauf denn? und spricht denn wirklich die scheinbar gleichartige Abstammung auch für die physiologische Gleichwertigkeit? Da sie aus der scheinbar gleichartigen Anlage sich doch verschieden entwickeln, so müssen sie doch wohl Verschiedenheiten darbieten, die uns für jetzt noch nicht nachweisbar sind. Dass sich die äusserlich verschiedenen Genitalien aus scheinbar gleicher Anlage entwickeln, entdeckt zu haben, will Frau F. in unbescheidener Anmassung als ihr Verdienst in Anspruch nehmen. Indes gehört diese Kenntnis schon zum gesicherten Besitz jüngster medizinischer Semester.

Nun noch einige Beispiele der „gediegenen wissenschaftlichen Bildung" der Verfasserin. Auf Seite 31 heisst es: „Bevor man die Keimentwickelung entdeckt hatte, nahm man die Urzeugung an, d. i. die Entstehung belebter Wesen aus unbelebter Materie, also z. B. das Wachstum kleiner Tiere aus Erden und Salzen, wofür auch heute noch vereinzelte Stimmen eintreten."

Seite 32 werden die Bienen der Parthenogenesis bezichtigt, während bekanntlich die Bienenkönigin befruchtet wird, ohne dass jedesmal ein besonderer Zeugungsakt stattfindet.

Seite 32 weiterhin heisst es: „Die menschliche Samenzelle ist kernlos," während sie doch bekanntlich nur Kern ist.

Hätte sich doch die Verf. einen mässig begabten cand. med. bei Abfassung des Buches zur Hilfe genommen!

Neben solchen groben Schnitzern fehlen auch logische Bocksprünge nicht. Seite 39 bei Besprechung der Entwickelung des Genitalapparates: „Die äusseren Verhältnisse sind also beim männlichen Geschlechte grösser, die innere Ausbildung beim Weibe bedeutender. Daher drängt sich uns auch im Geschlechtsleben als auffallendste Verschiedenheit die Aeusserlichkeit des Mannes und die Innerlichkeit des Weibes auf u. s. w."

Seite 42: „Zwecklos lässt die Natur übrigens funktionsfähige Organe nicht bestehen."

Was will das heissen? Sind Organe funktionsfähig, so haben sie auch eine Funktion, sind also nicht zwecklos. Soll es aber heissen, Organe ohne Funktion liesse die Natur nicht bestehen, so möchte ich doch sagen, dass, seit

wir von einer innern Sekretion etwas wissen, wir mit unserm Urteil etwas vorsichtiger sein müssen. Uebrigens besteht auch ein processus vermiformis, eine gestielte Hydatide, ohne dass sie Zweck haben oder eine Funktion erfüllen.

Direkt falsch ist auch die Behauptung: ruhig, ohne seelische Aufregungen löst sich das reife Ei im gesunden weiblichen Organismus u. s. w.

Was über den Begattungsakt gesagt wird, ist, soweit es nicht bekannte anatomisch-physiologische Verhältnisse behandelt, phantastisches Gerede, ohne Sinn und Verstand, mehrfach ist von elektrischen Entladungen die Rede. (?)

Man hätte nun erwarten dürfen, dass in dem Kapitel Menstruation die durch Studium noch geförderte Sachverständigkeit der Frau etwas, wenn auch nichts neues, so doch durchdachtes und belehrendes gegeben hätte; aber auch nichts als Phrasen ohne jeden wissenschaftlichen oder praktischen Wert, dafür aber recht schiefe und falsche Anschauungen in Hülle und Fülle: beim normalen Manne liegen die Verhältnisse klar; bis in die 60. und 70. Jahre hinein bleibt er zeugungsfähig, sagt die Frau Dr. — na, na, nun überschätzen Sie die Männer doch wohl etwas.

Ganz unsinnig ist die Behauptung, Landfrauen hätten unter der Menstruation weniger zu leiden, als die Städterinnen. So etwas kann man nur schreiben, wenn einem jede praktische Erfahrung abgeht; jeder Landarzt wird bestätigen, dass Landfrauen ebenso in dieser Hinsicht geplagt sind, als die Stadtfräulein und Damen.

Der grössere Teil der Nervenkrankheiten, meint Verf. weiter, wurzelt im Sexuellen durch Ueberreizung und Ueberanstrengung der Sexualorgane, erworben oder durch vererbte sexuelle Nervenschwäche entstanden.

Ja, das ist in dieser Fassung gewiss falsch, mindestens aber eine unzulässige Verallgemeinerung.

Die Erörterungen über das „unsittliche Weib“ konnten in einem Buche, das wohl auch junge Mädchen lesen sollen, ruhig fehlen; ausserdem zeichnen sich die Betrachtungen durch eine ganz besondere Seichtheit aus.

Frau Dr. F. merkte nun wohl selbst, dass ihr Geschreibsel auch auf urteilslose Gemüter mit der Zeit ledern wirkte, und sucht dem Uebel durch kräftiges Schimpfen auf die Aerzte (wohlverstanden auf die männlichen) abzuhelfen; deren ganze Kunst bestehe nur in Aetzen und Schneiden, während ihnen die Feinheit der seelischen Diagnostik abgehe, die aber selbstverständlich in hohem Maasse der Verf. zu eigen sei. Als Extrakt der bezüglichen Kapitel würde sich etwa ergeben: die Männer taugen alle nichts, sie sind mindestens in sexualibus lauter Spitzbuben und Scheusäle; am wenigsten taugen aber die Aerzte.

Da wird auch ein zustimmender Brief eines Doktormannes veröffentlicht, es war aber nur ein Dr. phil., und da dessen an sich schon verworrenes Geschreibsel durch kritische Einwendungen der Frau Dr. F. noch verwirrter wird, weiss man zuletzt nicht mehr, was eigentlich der langen Rede kurzer Unsinn ist.

Die Frau Dr. ist von Bescheidenheit nicht angekränkelt, deshalb giebt sie zu verstehen, dass sie eigentlich zuerst etwas von der Schädlichkeit des Congressus interruptus gewusst hat; aber wir haben diese Un-bescheidenheit bereits aus der mangelhaften Litteraturkenntnis erklärt. Statt verständige Bücher zu lesen und zu empfehlen, empfiehlt sie aber Schriften wie: „die

Reform-Ehe“ der Amerikanerin Alice Stockham, Dr. med.; nach den Proben, die Frau Dr. von diesem Buche giebt, wäre eine Untersuchung des Geisteszustandes der Amerikanerin ehestens angezeigt.

Selbstredend enthält schliesslich die Schrift von Frau Dr. F. D. auch einiges Richtige, besonders was die Prophylaxe und zum Teil die Therapie angeht, aber das ist alles schon besser und vorurteilsfreier von anderer Seite gesagt worden.

Dass die Therapie lediglich sog. Naturheilerei ödester Schablone ist, brauche ich nach den Antecedentien wohl nicht mehr zu erwähnen. Natürlich wird wahllos der inneren Massage das Wort geredet, auch etwas von Heilmagnetismus geschwätzt. Im ganzen erhebt sich das Niveau dieser Betrachtungen nicht über Bilz und Platen. Gemeinsam ist ihnen das Schimpfen auf die medizinische Wissenschaft und die Aerzte.

Georg Flatau (Berlin).

CIX) **A. Goldscheider** und **Paul Jacob**: Handbuch der physikalischen Therapie. Teil 1 und 2 des II. Bandes. Georg Thieme, Leipzig 1902.

Den von uns auf Seite 560 des vorjährigen Jahrganges angezeigten beiden Teilen des I. Bandes sind in schneller Reihenfolge die beiden Teile des II. Bandes gefolgt, die die Anwendung der physikalischen Heilmittel bei den einzelnen Krankheiten dem Leser vorführen.

Im 1. Kapitel (S. 1—49) behandelt Prof. Kopp die physikalische Therapie der Hautkrankheiten, im 2. und 3. (S. 50—100) Dr. Friedländer und Dr. Mann die der Muskel- und Gelenkerkrankungen, inkl. der Gelenkgicht; anhangsweise (S. 101—130) führt Prof. Hoffa die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen vor. Kapitel 4 (S. 131—212) ist der physikalischen Therapie der Infektionskrankheiten aus der Feder von Prof. Kohts und Rumpf gewidmet. Die physikalische Therapie der Stoffwechselerkrankungen schildert das 5. Kapitel (S. 212—294): des Morbus Basedowii von Prof. Eichhorst, des Diabetes mellitus sowie der Fettsucht von Dr. Weintraudt und der Anämie, Chlorose und Skrophulose von Dr. A. Lazarus. Das letzte Kapitel (S. 295—478) endlich bringt die physikalische Therapie der Erkrankungen des Respirationstraktus aus der Feder von Prof. Friedrich, Dr. Gutzmann, Prof. A. Fränkel, Prof. Eggers und Prof. Renvers. Dem Bande sind 55 Abbildungen im Text beigegeben.

Im 7. Kapitel des zweiten Teiles (S. 1—113) teilt sich Prof. Litten mit Dr. Lennhoff und Prof. Jul. Lazarus in die Erkrankungen der Cirkulationsorgane mittels der physikalischen Heilmethoden. Kapitel 8—10 (S. 114 bis 170) bringen die Anwendung der physikalischen Therapie bei den Erkrankungen der Nieren, tieferen Harnorgane und männlichen Geschlechtsorgane von Senator, Posner und Fürbringer. Das 11. Kapitel (S. 171—267) ist der physikalischen Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe von Dr. Sigm. Gottschalk gewidmet; anhangsweise behandelt Prof. Kisch noch die Störungen der Menopause (S. 268—275). In das grosse Gebiet der Erkrankungen des Intestinaltraktus teilen sich in den Kapiteln 12—14 (S. 276 bis 411) Prof. Riegel, Prof. v. Jaksch, Prof. Dr. Einhorn und Dr. H. Strauss. Das 15. Kapitel (S. 411—661) endlich dürfte die Fachkollegen am meisten interessieren; in ihm wird die Anwendung der physikalischen Therapie bei

Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems behandelt, und zwar haben bearbeitet: Prof. Goldscheider Neuritis und peripherische Lähmungen, sowie Aphasie, Prof. v. Frankl-Hochwart Krämpfe und Neuralgien, Dr. Jacob spinale Erkrankungen, Prof. Jolly Gehirnkrankheiten, Dr. Determann Neurasthenie und Hysterie, Dr. Strasser Epilepsie, Prof. Hoffa Chorea und Athetose und Dr. Laquer Migräne und Beschäftigungsneurosen.

Bei einem so grossartig angelegten Werke, wie das vorliegende es ist, muss man den Gesamteindruck betonen, den es auf den Leser macht und sich nicht an Einzelheiten klammern, die möglicherweise den Widerspruch des einen oder des andern herausfordern können. Denn diese sind sicherlich auf die individuelle Auffassung des betreffenden Autors zurückzuführen; ausserdem darf man an ein Erstlingswerk auf einem bisher noch nie behandelten Gebiet, wie es das der physikalischen Therapie darstellt, nicht einen allzu gestrengen Maassstab anlegen, zumal wenn so viele an seinem Gelingen beizutragen versucht haben.

Das Gesamturteil bleibt meines Erachtens dasselbe, wie ich es bereits für die beiden ersten Bände des ersten Teiles abgegeben habe: es ist eine glänzende Leistung, zu dem die Mitarbeiter sichtlich ihr Bestes beigesteuert haben. Was im besonderen das Kapitel über die Anwendung der physikaliscken Therapie bei den Erkrankungen des Nervensystems betrifft, so ist es ein wahrer Genuss, den klaren Darlegungen Jacob's und Goldscheider's — die anderen Mitarbeiter sollen dadurch keineswegs mit ihren Leistungen in den Schatten gestellt werden — zu folgen. Buschan (Stettin).

CX) **P. Pini**: L'epilessia, Eziologia, Patogenesi, Cura. Milano, Manuali Hoepli. 1902. 277 S.

Pini's umfangreiche Doktorarbeit ist eine fleissige Kompilation über die hauptsächlichen Hypothesen der Genese der Epilepsie und über ihre Heilmethoden. Unter letzteren hat die Darstellung die nicht medikamentösen im Verhältnis zu sehr benachteiligt. Die Besprechung von pharmazeutischen Präparaten, welche ohne jeden Wert sind, wäre nicht von Nöten gewesen. Solche Leichensteinrevuen überlasse man der Geschichte der Medizin, wenn sie es verdienen. Von Interesse ist eine Zusammenstellung der gesetzlichen Bestimmungen über die Epilepsie und über die Fürsorge der Epileptiker in den verschiedenen Staaten. Neues ist in dem Buche nicht enthalten. Jentsch.

CXI) **Hugo Hoppe**: Die Thatsachen über den Alkohol. Mit zahlreichen statistischen Tabellen. Zweite, wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, S. Calvary & Co. 1901. 375 S. Preis gebunden 5 Mk.

Hoppe's Buch, ein Produkt grossen Fleisses und kritischer Sorgfalt, hat schon nach zwei Jahren eine zweite Auflage erlebt, die viel reichhaltiger ist, als die frühere. Ein enormes Thatsachenmaterial ist in dem Buche zusammengetragen, gesichtet und anschaulich dargestellt; 63 Tabellen ergänzen den an Zahlen ebenfalls reichen Text. Objektive Schilderung ist angestrebt; Uebertreibungen, an denen andere Alkoholbücher oft leiden, sind vermieden. Die Ausstattung des Buches ist einfach, der Preis dementsprechend ein niederer. So wird dem Buche eine grosse Verbreitung auch ferner nicht fehlen.

Gaupp.

CXII) **A. Dietrich**: Die Bedeutung der Vererbung für die Pathologie. Tübingen, F. Pietzcker, 1902. 28 S.

Verf. giebt in dem Vortrag eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung, beleuchtet namentlich die verschiedenen Anschauungen über das bekannte Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften. In der Frage der Erblichkeit der Tuberkulose schliesst er sich der Lehre Baumgarten's an, der bekanntlich (im Unterschied von den meisten anderen Pathologen) die Thatsache der Erblichkeit der Tuberkulose nicht aus der Vererbung einer tuberkulösen Disposition, sondern aus der kongenitalen Uebertragung des Tuberkelbazillus erklärt. Gaupp.

CXIII) **F. Tuczek:** Geisteskrankheit und Irrenanstalten. Sechs gemeinverständliche Vorträge. Marburg 1902, N. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung. 69 S.

Der Marburger Kliniker hat im Januar und Februar 1902 im Arbeiterfortbildungsverein in Kassel sechs populäre Vorträge gehalten, in denen er seinen Hörern das wichtigste über Geisteskrankheiten, ihr Wesen, ihre Aeusserungsformen, ihre falsche und richtige Beurteilung im Publikum, ihre rechtliche Bedeutung, ihre Ursachen, ihre Verhütung und Behandlung mitteilte. Diese Vorträge sind in der vorliegenden Schrift vereinigt. Die Darstellung ist klar, leicht verständlich, warmherzig. Man versäume nicht, das kleine Buch allen denen zu empfehlen, die aus Interesse oder Pflichtgefühl sich um das Irrenwesen kümmern, also Geistlichen, Richtern, Lehrern, Verwaltungsbeamten, namentlich aber auch den Angehörigen Geisteskranker, deren Unwissenheit und Irrtümer den Kranken schaden und uns den Beruf erschweren. Gaupp.

CXIV) **A. Grohmann**: Ernstes und Heiteres aus meinen Erinnerungen im Verkehr mit Schwachsinnigen. Zürich 1901, Verlag Melusine.

Grohmann, dessen populär-psychiatrische Abhandlungen in diesen Blättern schon öfter zu loben waren, schildert in trefflicher Weise das Denken und Handeln schwachsinniger Personen, deren eigenartige Defekte er mit vorzüglicher Beobachtungsgabe klar erfasst hat. Seine Beschreibungen zeigen recht lehrreich, dass es zur Darstellung des Schwachsinns eines Menschen nicht immer der üblichen „Defektprüfungen" bedarf, sondern dass es vor allem darauf ankommt, Urteilsschwäche und Willensstörungen und namentlich die soziale Unzulänglichkeit des Schwachsinnigen zu demonstrieren. Die Schrift ist reich an wertvollen Einzelheiten; sie ist anregend geschrieben. Nicht nur die Laienwelt, auch Irrenärzte können manches aus ihr lernen; kleine Unrichtigkeiten, die sich vereinzelt finden, fallen nicht ins Gewicht.

Grohmann's Schriften verdienen, ebenso wie seine praktischen Bestrebungen, die volle Aufmerksamkeit der Neurologen und Psychiater. Gaupp.

CXV) **Eschle**: Das Arbeits-Sanatorium. München 1902, Verlag der „Aerztlichen Rundschau".

Eschle sieht mit Recht in zweckvoller Arbeit ein wertvolles Heilmittel für viele Kranke. Er tritt in der vorliegenden kleinen Schrift mit warmen Worten für die Errichtung von „Arbeitssanatorien" ein. Eine solche Heilstätte könne verschiedene Kategorien von Kranken gleichzeitig aufnehmen: Nerven-

kranke, Trinker, gebesserte Lungenkranke und Krüppel. Allen diesen könne die Arbeit in der Heilstätte von Segen sein. Als Beschäftigungszweige kommen namentlich in Betracht: landwirtschaftliche Arbeiten aller Art, Gärtnerei, Schreinerei, Schusterei, Schneiderei, Posamentierarbeiten, Korbflechterei. Die Anstalt soll vom Staat gebaut und organisiert werden, soll 300 Männern Raum gewähren. Ihre Kosten werden auf etwa 1200000 Mk. veranschlagt. Aerztliche Leitung. Ländliche Lage. Einfache Bauart im Pavillonsystem. Strenge Hausordnung. Alkoholfreie Verpflegung. Normalverpflegungssatz etwa 1,25 Mk.

Gaupp.

CXVI) **W. v. Bechterew**: Die Energie des lebenden Organismus und ihre psycho-biologische Bedeutung. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen für Gebildete aller Stände. Herausgeg. von Dr. L. Löwenfeld und Dr. H. Kurella, XVI. Wiesbaden, Verl. J. F. Bergmann 1902. 132 S.

Was die grossen Denker über die Natur der Seele gedacht haben, versucht Verf. in der Einleitung auseinanderzusetzen. Sehr richtig bemerkt er zu all diesen verschiedenen Weltanschauungen: „Wie vor 1000 Jahren, so stehen wir noch heute vor ungelösten Welträtseln, wenn an uns die Frage herantritt, was ist Geist und Stoff, und welche Beziehungen bestehen zwischen beiden? Der Irrtum aller im obigen angeführten Lehren besteht nämlich darin, dass von denselben versucht wird, auf spekulativem Wege das Wesen derselben zu ergründen, während die Aufgabe des Wesens wahrer Wissenschaft nicht in der Erforschung des Wesens der Dinge selbst besteht, sondern auf Erforschung der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Erscheinungen hinzielt."

Nach dieser Erkenntnis hätte man erwarten sollen, dass Bechterew sich mit dem Grundsatze des psychophysischen Parallelismus, dass die subjektiven und objektiven Erscheinungen in gesetzmässiger Beziehung zueinanderstehen, zufrieden geben würde, zumal da er die Thatsache selbst: die subjektive Welt ist eine Funktion der objektiven, und umgekehrt, bedingungslos anerkennt.

Um so überraschender ist es, dass er, nachdem er so das Wesen all unserer wissenschaftlichen Erkenntnis als Einsicht in die gesetzmässigen Beziehungen der an sich unerklärlichen Erscheinungen gekennzeichnet hat, nun doch den Versuch unternimmt, das Unerklärliche, und demnach der Erklärung auch gar nicht Bedürftige, die Beziehung selbst zu erklären. Er erleidet bei diesem Versuche ebenso Schiffbruch, wie alle seine Vorgänger, und nachdem er wiederholt hervorgehoben hat, dass niemals ein geistiger Vorgang als Wirkung einer materiellen Ursache aufgefasst werden kann, Bewegung nur immer wieder Bewegung zu erzeugen vermag, fällt er in den von ihm verdammten ganz naiven Materialismus zurück.

p. 31. „An der Idee des Parallelismus als einer wissenschaftlichen Thatsache festhaltend, vertreten wir die Ansicht, psychische und physische Erscheinungen seien untereinander in einem Grade inkommensurabel, dass keinerlei Uebergänge zwischen beiden stattfinden können. Wenn beiderlei Erscheinungen aber überall und jederzeit parallel miteinander verlaufen, so erklärt sich diese Thatsache keineswegs durch Identität des physischen und psychischen Prinzipes, welches von uns, wie einige glauben, nur von zwei verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet wird, sondern dadurch, dass beide Arten von Erscheinungen auf gemeinschaftliche Ursache zurückzuführen sind. Diese Ursache

wollen wir bedingungsweise latente Energie nennen. Wenn zwei untereinander inkommensurable Reihen von Erscheinungen gänzlich unabhängig voneinander verlaufen, sich untereinander nirgends begegnen, und nichtsdestoweniger überall parallel vor sich gehen, so sind wir zu dem logischen Schlusse genötigt, dass beide Reihen von Erscheinungen, d. h. die psychischen und die physischen Vorgänge eine gemeinschaftliche Entstehungsursache, die wir mit den Namen „latente Energie“ bezeichnen, haben müssen. Hierbei muss jedoch betont werden, dass wir mit der Bezeichnung Energie hier keineswegs den üblichen Begriff der physikalischen Energie verknüpfen, wie dies gegenwärtig angenommen ist. Nach unserer Auffassung ist Energie oder Kraft dem Wesen nach nichts anderes als ein in der Natur des Universums verbreitetes aktives Prinzip. Das Wesen dieses aktiven Prinzipes, als dessen Milieu der Weltäther erscheint, kennen wir nicht näher, aber die Aeusserungen desselben sehen wir in den beständigen Stoffumsetzungen um uns herum. Die verschiedenen Aeusserungsweisen des aktiven Prinzipes in der Natur nennen wir bedingungsweise Energieen. Dementsprechend verstehen wir auch unter „latenter Energie der Organismen“ eine besondere Form des aktiven Prinzips, welche jedem lebenden organisierten Milieu zukommt, und nichts Materielles im eigentlichen Sinne dieses Wortes darstellt. . . .“

‚Es glaubt der Mensch, wenn er nur Worte hört, es müsse sich dabei auch etwas denken lassen.‘ Also dieses „aktive Prinzip“ ist fähig, Bewegungen zu erzeugen, danach muss es ja selbst Bewegung sein; dann aber kann es ja, wie Bechterew zugiebt, unmöglich Ursache psychischer Vorgänge werden. Es ist verbreitet in der Natur des Universums, es bedarf also des Raumes; wir könnten, wenn auch nichts anderes, so doch das von Kant gelernt haben, dass der Raum die psychische Vorbedingung der Wahrnehmung, die reine Form der Sinnlichkeit ist, d. h. dass er „eine notwendige Vorstellung a priori“ ist. Mit der Einführung des Raumbegriffes setzt also Bechterew die Psyche schon als gegeben, hat also nicht mehr erst nötig, sie zu erklären. So sehr sich also auch Bechterew einredet, den naiven Materialismus überwunden zu haben, er steht mitten darin. Das beweist schon seine Fragestellung nach der Ursache der Seele und der Materie, für die uns eine Ursache nicht denkbar ist. Wohl muss jedes Ding eine Ursache haben, wie der Begriff des Teiles ein Ganzes voraussetzt; das Ganze aber als Teil eines höheren, nicht vorhandenen Ganzen aufzufassen, geht nicht an. Stoff und Seele bilden das All, dessen einzelne Teile in Zeit und Raum gesetzmässig verknüpft sind. Etwas Drittes aber, von dem diese zwei Teile des Alls in kausaler Abhängigkeit stehen, auch nur zu denken, ist unmöglich, wie auch der Bechterew'sche Versuch zeigt, der nur zu sehr an die Geschichte des Herrn von Münchhausen erinnert.

Dass B. bei dieser Auffassung objektive Beweise für das Vorhandensein einer Pflanzenseele verlangt, d. h. dass er die subjektiven Vorgänge eines anderen Subjektes für empirisch erforschbar hält, darf nicht wunder nehmen. Ebensowenig dass er der Anschauung zuneigt, neben den mechanischen Verhältnissen spielten die psychischen Eigenschaften der Organismen für die Entwickelungsgeschichte eine Rolle. (p. 69.)

Der grösste Teil des Buches ist der Schilderung der elektro-physiologischen Erscheinungen am Nervensystem gewidmet, und hier findet der Leser

eine ganze Reihe interessanter Einzelheiten. Freilich sind diese durchaus nicht geeignet, unsere psycho-biologische Einsicht zu fördern. Sie spielen für unsere Erkenntnis der Lebens- und Bewusstseinsthätigkeit ja keine andere Rolle, als etwa die chemischen Vorgänge bei der Magenverdauung. Denn ob der energetische Prozess im Gehirn, der subjektiv als Bewusstseinsprozess erscheint, als diese oder jene Energieform sich einst offenbaren wird, ist eine vorläufig nicht zu entscheidende Frage, und auch für unsere psycho-physiologische Einsicht gleichgiltig. Erst heisst es streng empirisch die Beziehungen zwischen materiellen und psychischen Vorgängen, speziell für den Wahrnehmungsakt und die willkürlichen Bewegungen feststellen, ehe man sich eine Vorstellung über die, die Bewusstseinsveränderungen begleitenden Hirnprozesse bilden kann. Die Betrachtung der materiellen Seite allein aber wird uns nicht fördern.

Storch.

CXVII) **Paul Lazarus**: Die Bahnungstherapie der Hemiplegie. Berlin 1902. 28 S.

Verf. versucht auf Grund unserer klinischen, experimentellen und anatomisch-physiologischen Kenntnisse von den Verrichtungen des Centralnervensystems eine Erklärung für die Erfolge der Uebungstherapie bei der Hemiplegie, und damit ein tieferes Verständnis für die hierbei sich abspielenden Nervenprozesse zu geben.

Gerade dieser Versuch wird dem aufmerksamen Leser zeigen, wie traurig es auch heutzutage noch um unser gehirnphysiologisches Wissen steht. Liest jemand, der mit den Thatsachen nicht genauer vertraut ist, die Arbeit, so wird er die Ueberzeugung gewinnen, dass jede hemiplegische Lähmung durch Uebungstherapie einer bedeutenden Besserung fähig sei. Ich bin gewiss der Ansicht, dass stets die Uebungstherapie zu versuchen ist und dass sie in vielen Fällen auch überraschend günstige Erfolge zeitigt, aber ich möchte doch vor zu optimistischen Erwartungen warnen.

Verf. stellt es so hin, als ob wir über die Funktion der cortico-, thalamo-, cerebello-spinalen motorischen Bahnen unterrichtet wären, als ob wir wüssten, dass z. B. die Monakow'sche Bahn die Funktion der Pyramidenbahn übernehmen könnte, und als ob der Erfolg der Uebungstherapie zu einem Teile auf dem vicariierenden Eintreten dieses Fasersystemes beruhte. Dabei stützt er sich auf Erfahrungen durch das Tierexperiment. Wenn irgendwo vor zu weitgehenden Analogieschlüssen von tierischen auf menschliche Verhältnisse gewarnt werden muss, so gilt das in erster Reihe für die Erfahrungen an dem Grosshirn. Bei keinem Tiere spielt die Pyramidenbahn auch nur annähernd eine so wichtige Rolle, wie beim Menschen, und wir wissen durchaus nichts Bestimmtes darüber, ob eine andere subkortikal beginnende Bahn sie zu vertreten vermag. Es dürfte mit demselben Rechte die Verschiedenheit der hemiplegischen Lähmungen auf verschiedene Grade der Pyramidenläsion zurückgeführt werden, wie darauf, dass das eine Mal die eine oder andere der übrigen motorischen Bahnen mit betroffen ist oder nicht. Schon allein die Thatsache, die durch histologische Untersuchungen auch für den Menschen zweifellos festgestellt ist, dass jede Pyramidenbahn die Muskulatur beider Körperhälften beherrscht, lässt die Heranziehung anderer motorischer Neuronsysteme zum mindesten überflüssig erscheinen.

Kann ich mich so mit der theoretischen Begründung der Uebungstherapie durchaus nicht einverstanden erklären, so ist es andererseits gewiss dem Verf. als Verdienst anzurechnen, dass er durch seine Arbeit auf die Bedeutung dieser neuen Methode die Aufmerksamkeit der Aerzte hinlenkte. Eine grössere Beschränkung der theoretischen Ausführungen, eine grössere Ausführlichkeit bei Beschreibung der Technik der Heilmethode würde den Wert der Arbeit bedeutend erhöhen. Storch.

CXVIII) **Otto Wille**: Nervenleiden und Frauenleiden. Verlag Ferd. Enke, Stuttgart 1902. 48 S.

Welche Symptome sind auf örtliche, welche auf allgemeine Leiden zu beziehen, oder was ist des Frauenarztes, was des Nervenarztes? das ist die Frage, die sich Verf. vorlegt und auf Grund seiner Erfahrungen zu beantworten versucht. Er ist zu der Einsicht gelangt, dass viele der von den Gynäkologen reklamierten Fälle eigentlich dem Nervenarzte zukommen, dass durchaus nicht immer ein objektiver Befund am Genitale die Ursache der vorliegenden Beschwerden ist. „Im Gegensatze zu den Geschlechtsfunktionen sind die auf die Genitalien beschränkten Erkrankungen von auffallend geringer Allgemeinwirkung, Ausnahmen zugegeben.“

In klarer Darstellung werden sodann die für die in Rede stehende Frage wichtigen differential-diagnostischen Punkte erörtert und die Folgerungen für die Therapie gezogen.

Die Ausführungen sind bei der Kürze des Buches natürlich nicht erschöpfend, wollen es wohl auch nicht sein, verdienen aber die volle Beobachtung des praktischen Arztes, wie des Spezialisten. Sie weisen wieder einmal auf die Gefahr hin, die dem Patienten aus einer zu weitgehenden Spezialisierung der Medizin erwächst, und enthalten die für den Spezialisten wertvolle Mahnung, seine Aufgabe nicht ausschliesslich in der lokalen Spezialtherapie zu erblicken, sondern auch die gesamte Konstitution der Kranken, vor allem den Zustand des Nervensystems für der Beachtung wert zu halten. Storch.

CXIX) **J. E. Colla**: Die Alkoholfrage und ihre Bedeutung. Basel, Verlag der Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes.

In dem kleinen Vortrag wendet sich Colla an die Aerztewelt, stellt unter Anführung der wichtigsten Litteratur die Hauptthatsachen der Lehre vom Alkohol zusammen und ermahnt die Aerzte zur Mitarbeit am Kampf gegen den gefährlichsten Feind unseres Volkes. Gaupp.

CXX) **Hubert Schnitzer**: Alkoholismus und Geistesstörung. Berlin 1902, H. Walther's Verlag. 28 S. Preis 0,60 M.

Eine kurze populäre Darstellung der Formen geistiger Erkrankung, bei deren Entstehung die Trunksucht die Hauptrolle spielt. Der Psychiater findet in der Schrift nur Bekanntes; er kann sie gebildeten Laien mit gutem Gewissen empfehlen. Einige kleine Ungenauigkeiten sind kaum von Belang.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Multiple Sklerose.

279) **G. Etienne** (Nancy): Sclérose en plaques consécutives à l'intoxitation oxycarbonée.

(Revue neurologique Nr. 17, III, 1900.)

Im Gefolge von Kohlenoxydvergiftungen sind bisher sehr verschiedenartige Erkrankungen des Nervensystems beobachtet worden. Der Autor berichtet über einen Fall von multipler Sklerose, der auf die genannte Schädlichkeit sich zurückführen liess.

Der 30jährige Maurer Mar. . . wurde am 24. Mai 1897 in der Klinik des Professors Spillmann aufgenommen. Im Januar 1895 war M., damals Köhler, in seiner Hütte neben einem Kohlenofen eingeschlafen, wobei er eine Kohlenoxydvergiftung erlitt. Nachdem er von seinen Kameraden weggetragen worden war, erholte er sich alsbald, so dass er bereits am folgenden Tage die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Acht Tage später stellten sich jedoch Taubheitsgefühle in der linken Hand ein, einige Tage später am linken Beine, zuletzt auch an der rechten Seite. Der Zustand verschlechterte sich, die Beine wurden schwächer, auch Tremor und Sprachstörungen stellten sich ein.

St. pr. Beim Gehen bewegt sich der Patient mit grossen Schritten vorwärts, mit Mühe die Füsse vom Boden abwickelnd. Stehen mit geschlossenen Augen ohne besondere Schwierigkeiten. Bei willkürlicher Bewegung der Extremitäten deutlicher Tremor, der mit dem Cessieren der Bewegung aufhört, doch zeigt sich auch zuweilen in der Ruhe, insbesonders unter dem Einfluss der Kälte, Tremor.

Nystagmus horizontalis. Erhebliche Steigerung des Patellarreflexes, insbesonders links, Fussklonus.

Sprechen langsam, skandierend, Intelligenz ungestört, Pupillenverhalten normal, Puls 76, regelmässig. Leichtes Galoppgeräusch an der Herzspitze, der zweite Ton an der Aorta accentuiert. Im Urin reichliche Eiweissmenge. Der Patient verliess am 15. September in verschlechtertem Zustande das Hospital.

Ueber die Diagnose kann, wie der Autor bemerkt, kein Zweifel sein; der Verfasser hält es für wahrscheinlich, dass die Bildung der sklerotischen Plaques von einer durch die Intoxikation verursachten Arteriitis ausging. E. führt ferner einen von Becker mitgeteilten analogen Fall an, bei welchem er jedoch mit Rücksicht auf die schnelle Entwickelung der Symptome und das Verhalten der Sehnenreflexe an den Beinen das Bestehen einer toxischen, multiple Sklerose imitierenden Hysterie für möglich hält.

Wilhelm B. . ., Tagelöhner in einer Fabrik, 47 Jahre alt, wurde ohne Bewusstsein aufgefunden, nachdem er 10 Minuten Leuchtgas eingeatmet hatte. Es wurde künstliche Respiration eingeleitet und erst nach 4 Stunden war die Athmung wieder gehörig im Gange. Nunmehr zeigten sich fibrilläre Zuckungen in allen Muskeln, welche 8 Stunden später in ausgesprochene Krämpfe übergingen, so dass der Patient im Bette von zwei Wärtern festgehalten werden musste. Jede Berührung rief Anfälle hervor; Hauttemperatur erhöht; die Nahrungsaufnahme durch die Krämpfe sehr erschwert, die erst nach 2 Tagen nachliessen. Mit dem Schwinden der Krämpfe kehrte allmählig das Bewusstsein wieder, dabei machte sich eine hochgradige Erschöpfung bemerklich. Später

stellte sich auch linksseitige Hemiparese ein, die in etwa 8 Tagen wieder schwand. Drei Wochen nach dem Unfall konnte Patient wieder ausgehen; bei der Aufnahme in die Göttinger Klinik am 26. Februar 1889 wurde konstatiert: Zittern der oberen Extremitäten bei willkürlicher Bewegung; das Zittern beginnt auch bei längerer Untersuchung des Kranken und wenn dieser an den Unfall sich erinnert. Kniephänomen schwach; kein Fussklonus; Perkussion der Bauchmuskeln veranlasst Muskelkontraktionen an den oberen und unteren Extremitäten; die motorische Kraft in diesen herabgesetzt. Das Sprechen verlangsamt, monoton aber nicht skandierend, auch die Schrift verlangsamt, zitterig und missgestaltet. Gang normal, auch mit geschlossenen Augen. Alle Bewegungen erfolgen langsam, aber ohne Inkoordination. Patient verlässt am 7. April 1889 das Hospital gebessert; sein Zustand verschlechtert sich jedoch mehrere Wochen später; Zittern in den Extremitäten verhindert ihn, seiner Beschäftigung nachzugehen. L. Loewenfeld.

Andere Rückenmarkskrankheiten.

280) **M. Bartels**: Fehlen der Kniesehnenreflexe bei dorsaler Kompressionsmyelitis mit Degeneration der hinteren Wurzel im Lendenmark.

(Neurol. Centralbl. 1902, Nr. 10.)

B. teilt einen Fall von Drucklähmung des Dorsalmarks (in der Höhe des 5. Segments) durch eine tuberkulose Granulationsgeschwulst mit, wo die Reflexe anfangs gesteigert waren, mit dem Eintritt der schlaffen Lähmung aber völlig erloschen und bis zu dem etwa vier Monate nach Beginn der Myelitis erfolgten Tode fehlten. Der Querschnitt des Rückenmarks war nicht vollständig lädiert, da noch einzelne Fasern nachweisbar waren und die linke Pyramidenbahn nicht ganz degeneriert war (auch war während des Lebens noch Schmerzempfindung in den Beinen vorhanden); dagegen fand sich im Lendenmark (am stärksten im 3. und 4. Segment) eine Degeneration aller hinteren Wurzeln, hauptsächlich im intramedullaren Teile, welche B. auf das mechanische Moment der Stauung in den Lymph- und Gefässbahnen zurückführen zu müssen glaubt. Die Degeneration war so stark, dass sie zur Erklärung des Fehlens der Reflexe völlig ausreicht.

Wenn auch dieser Fall nicht direkt gegen die Bastian-Bruns'sche, von Nonne kürzlich unterstützte Theorie spricht, wonach das Verschwinden der Sehnenreflexe nach Querschnittsläsionen des Rückenmarkes auf der Lostrennung des Gehirns von den Rückenmarkszentren beruht, so ist nicht ausgeschlossen, dass bei solchen Querläsionen mit fehlenden Reflexen Veränderungen im Reflexbogen vorhanden waren, die nur nicht nachgewiesen worden sind. Nonne z. B. hat nicht mit der Marchi'schen Methode untersucht, deren Anwendung zum sicheren Nachweis der Degeneration gefordert werden muss.

Hoppe.

---

281) **Alexander Pánsky** (Lodz): Ein Fall von akuter disseminierter Myelitis oder Encephalomyelitis nach Kohlenoxydvergiftung mit Uebergang in Heilung.

(Neurol. Centralbl. 1902, Nr. 6.)

Ein 28jähriger Arbeiter, welcher 36 Stunden im Kohlendunst gelegen hatte, wurde völlig bewusstlos ins Krankenhaus und vier Tage später auf P.'s

Abteilung gebracht. Die unteren Extremitäten waren gelähmt, die Hautsensibilität bis zur Nabellinie ein wenig herabgesetzt, in der Gegend der Lendenwirbel- und in der Trochantergegend Pemphigusblasen und breite tiefgreifende Nekrosen. Incontinentia urinae et alvi, Patellar- und Plantarreflexe erhöht, ausgesprochener Fussklonus rechts. Daneben bestand eine dysarthrische Sprachstörung, Benommenheit, Desorientiertheit, Apathie und Amnesie bezüglich der Zeit des Vorabends der Vergiftung bis zum 9. Tage seines Aufenthalts im Krankenhause, obgleich er schon am 2. Tage einige Fragen mit mehr oder weniger Verständnis beantwortet hatte. Innerhalb dreier Monate allmähliche Besserung aller Symptome, so dass Pat. entlassen werden konnte. Zwei Monate später ausser erhöhten Sehnenreflexen und einer gewissen Intelligenzschwäche nichts Krankhaftes.

Differentialdiagnostische Auseinandersetzungen und ein Ueberblick über die Litteratur der nervösen Störungen nach Kohlenoxydvergiftung, in welcher H. einen ähnlichen Fall bisher nicht finden konnte, schliessen die fleissige Arbeit.

Hoppe.

---

282) **Max Bierfreund**: Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung. III. Spastische Spinalparalyse als Betriebsunfall anerkannt.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 16.)

Dem 19 Jahre alten Arbeiter X. fällt ein ca. 25 Pfund schwerer Formkasten plötzlich gegen das linke Knie; trotz Schmerzen arbeitet X. fort, muss sich nach drei Tagen zu Bett legen; dann drei Wochen unausgesetzt Eisblase auf das linke Kniegelenk. Darauf Wiederaufnahme der Arbeit trotz erheblicher Schwäche in beiden Beinen, besonders links. Etwa zwei Monate später findet Verf. starken Romberg, auffällig spastisch-paretischen Gang, Kleben der Füsse mit den Sohlen am Boden bei ganz manifester Ataxie, Herabsetzung der motorischen Kraft der Beinmuskulatur, deren Steifheit bei passiven Bewegungen, normale Sensibilität, annähernd normale Hautreflexe, lebhafte Patellarreflexe, lang anhaltenden Fussklonus, normale Funktion der Blase und des Mastdarms.

Verf. nahm darauf spastische Spinalparalyse an, welche Diagnose bei der Kürze der Krankheitsdauer und der Seltenheit des Leidens in einer reinen Form nicht ganz einwandsfrei erscheint, sowie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Nervenleiden und dem Unfall, insbesondere der lang anhaltenden Kälteeinwirkung.

Was dem Aufsatz besonderes Interesse verleiht, das ist die Mitteilung einer Reihe von Gutachten, die in derselben Unfallsache erstattet wurden.

Der erste Gutachter konstatierte nach einer mehrwöchentlichen Behandlung im medico-mechanischen Institut eine bis zu voller Erwerbsfähigkeit führende Besserung und diagnostizierte einen durch Onanie veranlassten Reizzustand des Rückenmarks, besonders des Lendenmarks. Gründe: scheues Individuum, ohne offenen Blick, sensible Lendenwirbelsäule, Steigerung der Patellar- und Achillessehnenreflexe, schlaff herabhängender Hodensack, grosser Penis, sowie die Behauptung, dass Samenergiessungen bei einem so jungen Individuum gerade nichts häufiges, sondern künstlich hervorgerufen seien.

Ein zweiter Gutachter nimmt eine Entzündung der Rückenmarkshäute auf tuberkulöser Grundlage an, die mit dem Unfalle in ursächlichem Zusammenhange stehe, ein weiterer Gutachter traumatische Neurose. Einem Gutachter

unterliegt es keinem Zweifel, „dass X. an einer Lähmungsneurose beider Beine leidet, wie sie bei einem Rückenmarksleiden vorkommt, das man vulgo Tabes nennt"; die Tabes wird weiterhin auf Onanie, nicht auf die Verletzung zurückgeführt.

Das Reichsversicherungsamt billigte X. 75 % Rente zu. Die Berufsgenossenschaft forderte den Verf. nach sieben Jahren von sich aus auf, X. von uenem zu begutachten, da sie zu der Ueberzeugung gelangt sei, X. sei völlig erwerbsunfähig. Verf. fand ihn völlig an den Beinen gelähmt; X. erhielt nicht nur Vollrente, sondern erhöhte Rente wegen Hilflosigkeit. Ernst Schultze.

---

283) **Th. Zahn**: Zur Kenntnis der vererbten Rückenmarkskrankheiten und der Degeneration der Vorderseitenstrangreste.

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 21. Bd.)

Die betreffende 26 Jahre alte Patientin, deren Vater 24 Jahre lang in der gleichen Weise erkrankt gewesen sein soll, litt seit dem 16. Jahre an allgemeinen Spasmen, choreatischen und einfachen Mitbewegungen und erhöhten Sehnenreflexen. Die grobe motorische Kraft, die Sensibilität, die Blasen- und Mastdarmfunktionen waren normal. Die Sprache war durch Mitbewegungen in Form grimassenartiger Verzerrungen im Facialisgebiet gestört. Tod an Schluckpneumonie. Die anatomische Untersuchung deckte eine symmetrische Degeneration eines grossen Teiles der weissen Rückenmarkssubstanz und einen Faserschwund in der grauen Substanz auf und zwar über die ganze Länge des Marks hin; nur die Hinterstränge in ihrem mittleren und unteren Abschnitte waren unversehrt. Im Hirnstamm fanden sich nur die Fortsetzungen des Gower'schen und des Vorderstranggrundbündels degeneriert. An den Hirnnervenkernen, sowie an den linksseitigen Ganglien und der inneren Kapsel wurden keine Veränderungen gefunden. J. Müller (Würzburg).

---

284) **Bochroch and Gordon**: Multiple lesions of the spinal cord and cranial nerves with amyotrophy, due probably to syphilitic infection.

(Journ. of Nerv. and Ment. Diseases 1902, Nr. 4.)

Bei einem 34jährigen Mann, der angeblich nie Lues gehabt hatte, bildete sich im Verlauf von ca. 1 Jahr allmählich folgender Zustand aus: Gehen bei geöffneten Augen normal, bei Augenschluss gewisse Schwierigkeiten. Kein Romberg. Sensibilität normal. Gefühl von Schwere und krampfartige Empfindungen im linken Bein, mitunter auch im rechten. Patellarreflexe rechts gesteigert, links fehlend. Im rechten Bein geringe Spasmen, linkes Bein schlaff; hier besteht auch eine erhebliche Atrophie, besonders des Quadriceps. Kein Fussklonus. Beiderseits Babinski'sches Phänomen. Am rechten Auge bestand eine nukleäre Ophthalmoplegie. Abducens intakt.

Per exclusionem kommen die Verf. zu dem Schlusse, dass es sich in diesem Falle um eine multiple luetische Affektion des Centralnervensystems handle. Unter spezifischer Therapie trat Besserung des Zustandes ein.

Kölpin (Greifswald).

---

285) **Mitchell**: A case of myelitis, exhibiting the results of coordination-exercices.

(Journ. of Nerv. and Ment. Diseases. 1902, Nr. 1.)

Verf. hat in einem Falle von inkompleter Querschnittsmyelitis nach Typhus mit spastischer Lähmung besonders des linken Beines durch lange Zeit fortgesetzte methodische Koordinationsübungen und Widerstandsbewegungen neben gleichzeitiger Anwendung von Elektrizität und Massage eine sehr weitgehende Besserung der Funktion erzielt. Kölpin (Greifswald).

---

286) **Rapin**: Sur une forme d'hypertrophie des membres (dystrophie myélopathique).

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1901, p. 473.)

Rapin berichtet über folgenden sehr merkwürdigen Fall trophischer Störung. Ein bis da gesundes 20 Monate altes Kind erkrankt unter mässigem Fieber und Allgemeinerscheinungen von etwa zehntägiger Dauer; am zehnten Tag entwickelt sich plötzlich eine starke Anschwellung des rechten Armes mit Cyanose der Haut, ohne sonstige Zeichen von Cirkulationsstörung. Im Verlauf weniger Tage tritt dann eine Abschwellung ein, ohne dass der Arm wieder ganz normal wird. Als das Kind drei Jahre alt ist, bemerkt die Mutter plötzlich eine Anschwellung des ganzen linken Beines, diese Schwellung nahm allmählich weiter zu und besteht bei dem jetzt siebenjährigen Mädchen dauernd fort, während im übrigen völlig normale Verhältnisse vorliegen, sich insbesondere niemals Störungen der Motilität oder Sensibilität an den erkrankten Gliedern nachweisen liessen. Am linken Bein ist die Haut überall fest und gespannt, Fingerdruck bleibt nicht bestehen, nur unterhalb des Knies besteht eine leichte oedematöse Schwellung. Der Umfang des linken Beins übertrifft den des rechten am Oberschenkel um 10, am Knie um 9, an der Wade um 14,5 cm. Während die Volumensvermehrung des linken Beins auf einer Vermehrung des Bindegewebes beruht, findet sich am rechten Arm eine unbedeutende Hypertrophie durch Vermehrung des subkutanen Fettpolsters. Rapin sucht es durch Berufung auf ähnliche Erscheinungen trophischer Störungen bei der akuten Spinallähmung der Kinder wahrscheinlich zu machen, dass die Symptome gestörter Trophik im vorliegenden Falle abhängig sind von Läsionen, die diejenigen Abschnitte des Rückenmarks treffen, deren Aufgabe die Regelung der Ernährung des Binde- und Fettgewebes an den betreffenden Extremitätenabschnitten ist; es dürfte sich da nach seiner Ansicht um eine Läsion gehandelt haben, die der Poliomyelitis im Wesen identisch ist und nur eine etwas andere Lokalisation aufweist, sich immerhin aber in der Nähe der Vorderhörner etabliert hat.

Cassirer.

---

287) **Cestan et Huet**: Contribution clinique à l'étude de la topographie des atrophies musculaires myélopathiques.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1902, I, p. 1.)

Die Verf. sind der Frage näher getreten, inwieweit die Verteilung der Lähmungen und Atrophien bei spinal-atrophischen Prozessen sich zur Entscheidung darüber verwenden lässt, ob die Anordnung der motorischen Vorder-

hornzellen dem von den Wurzeln innegehaltenen Typus entspricht (radikulärer Typus) oder eine besondere Verteilung innehält (segmentärer Typus im Sinne Brissaud's). Sie haben in zwei Fällen von Syringomyelie festgestellt, dass die Ausdehnung der atrophischen Lähmung das eine Mal dem Gebiete der oberen, das andere Mal aber dem der unteren Wurzeln des Plexus brachialis entspricht. In einem sehr genau in Bezug auf die elektrischen und funktionellen Schädigungen untersuchten Fall von Poliomyelitis ant. acut. brachial. sinistr. fand sich ebenfalls eine dem unteren Plexusgebiet scharf entprechende Verteilung; ähnlich lag die Sache in einem zweiten Fall von Poliomyelitis acuta. Diese letztere Affektion halten sie als die für das weitere Studium der Frage am besten zu verwertende, vorausgesetzt, dass Lähmung, Atrophie und elektrische Erregbarkeit für die einzelnen Muskeln möglichst genau festgestellt werden. Ihre eigenen Untersuchungen berechtigen jedenfalls zu dem Schluss, dass bei ganz verschiedenen Läsionen der Vorderhörner (Syringomyelie und Poliomyelit. ant. acut.) Lähmungen von durchaus radikulärem Typus vorkommen können.

Cassirer.

---

288) **Soca**: Sur un nouveau cas d'amyotrophie Charcot-Marie. (Nouvelle Iconogr. d. l. Salpêtr. 1902, I, p. 53.)

Eine 46jährige Frau war vor etwa 26 Jahren mit heftigen Schmerzen in den Füssen und Unterschenkeln erkrankt, die Schmerzen waren oft blitzartig, hatten 7—8 Jahre angedauert, waren dann verschwunden. Vor etwa 15 Jahren bemerkte die Pat. eine Abnahme der Kraft der Beine; die Beine wurden gleichzeitig magerer. Jetzt besteht eine sehr deutliche Atrophie der Muskulatur beider Unterschenkel und des distalen Teils der Oberschenkel; an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Oberschenkel hört die Atrophie in einer kreisförmigen Linie plötzlich auf (Atrophie en jarretière). Die Kraft der Unterschenkelmuskeln ist erheblich vermindert, die der übrigen Muskeln der Unterextremitäten mehr oder minder gut erhalten. Die Sehnenphänomene an den Beinen fehlen, die elektrische Untersuchung ergiebt EaR in den funktionell noch intakten Glutaei, starke Herabsetzung, resp. Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit in den übrigen Muskeln der Beine. Die Sensibilität ist für alle Qualitäten bis zum unteren Drittel der Oberschenkel abgestumpft, die Störung nimmt distalwärts an Intensität zu. Die Unterschenkel sind kalt. Alles übrige ist vollkommen normal, keine Pupillen-, keine Blasenstörungen, keine Motilitätsstörungen an den Armen. — Ein Bruder der Pat. leidet wahrscheinlich an derselben Krankheit. — Soca stellt die Diagnose neurotische Muskelatrophie (Amyotrophie à type Charcot-Marie). Bemerkenswert ist das lange Vorausgehen heftiger Schmerzen, ferner dass trotz sehr langer Dauer der Affektion die Arme völlig frei geblieben sind, und es wohl auch dauernd bleiben werden, da die Krankheit jetzt seit Jahren still steht. Die Pat. hat ausser den genannten Symptomen noch zwei weitere dargeboten: einmal eine eigentümliche Form von Astasie; sie sinkt sofort zusammen, sobald sie ohne Unterstützung stehen soll, bleibt dagegen stehen, wenn sie sich auch nur mit der Spitze des kleinen Fingers aufstützen darf; trotzdem soll diese Astasie nicht hysterischen Ursprungs sein, ebensowenig wie die ferner bei der Kranken vorhandene Narkolepsie.

Cassirer.

---

289) **Raymond et Cestan**: Quelques Remarques sur la paraplegie spasmodique permanente par tumeur médullaire.

(Rev. neurol., S. 177.)

Die beiden Verfasser veröffentlichen zwei Fälle, bei denen bei beiden eine langsam entstandene spastische Paraplegie viele Jahre bestand (im Fall II 11 Jahre); Sehnenphänomene ausserordentlich gesteigert, Klonus. Bei beiden gesellt sich später eine komplette Anästhesie, eine Incontinentia alvi et urinae und Decubitus hinzu. Die Sektion ergiebt beide Male langsam wachsende Psammome (Fall I 6.—9. Dorsalsegment, Fall II 8. Dorsalsegment), welche durch Kompression eine vollkommene Leitungsunterbrechung hervorgerufen haben mit kompleter auf- und absteigender Degeneration.

Raymond und Cestan diskutieren die verschiedenen Theorien. Sie meinen, dass sowohl die Charcot'sche wie die Marie'sche Anschauung über die Kontraktur für ihre Beobachtungen eine genügende Erklärung abgäben. Dagegen würden die vielen Beobachtungen einer schlaffen Paraplegie infolge einer Querdurchtrennung nicht verständlich. Sie acceptieren die Brissaud-sche Ansicht, dass die Verlaufsdauer einen bestimmenden Einfluss auf die Art der Lähmung ausübe. Für die momentan entstandenen totalen Querdurchtrennungen bestehe die Bastian-Bruns'sche Theorie zu Recht. Für die langsam sich entwickelnden trete ein anderes Moment in Kraft. Sowohl beim Experiment sehe man, dass das Rückenmark des Tieres, besonders des Hundes eine gewisse Selbständigkeit besitzt, ebenso aber auch beim neugeborenen Kind. Mit der Zeit verlieren die Menschen diese Unabhängigkeit. Bei einer langsamen totalen Querdurchtrennung haben die Centren des lumbalen Rückenmarks Zeit, ihre Selbständigkeit wieder zu gewinnen. Daher die Kontrakturen. (Wie erklärt sich aber dann die schlaffe Lähmung der Blase und des Mastdarms? Ref.) G. Peritz.

---

290) **G. Bikeles**-Lemberg: Zur Kenntnis des Symptomenkomplexes bei disseminierter Hinter-Seitenstrangerkrankung (auf Grund von Befunden in einem Fall von Meningo-Myelitis probabil. luetica).

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde.)

Bei einem Luetiker entwickelte sich ca. $4^1/_2$ Monate vor dem Exitus folgendes Krankheitsbild. Zuerst heftige Schmerzen in der Dammgegend, die von leerem Aufstossen, manchmal auch von Erbrechen begleitet waren. Dann Blasenstörungen, Schwäche und Sensibilitätsstörungen in den Beinen ohne Rigidität, Schmerzen in den Unterschenkeln. Patellarreflexe erhalten, Pupillen myotisch und träge reagierend. Tod durch aufsteigende Pyelonephritis. Im Rückenmark fand sich vom Halsmark bis zum Conus medullaris Leptomeningitis mit entsprechender intensiver Randdegeneration. Im Seiten- und Hinterstrang zahlreiche perivaskuläre Herde, spärliche im Vorderstrang, graue Substanz frei. Dementsprechend auf- und absteigende Degeneration. Vereinzelte perivasculäre Herde fanden sich ferner in der Oblongata und im Pons, am Gehirn bestand nur Leptomeningitis. J. Müller (Würzburg).

---

291) **Glorieux**: Deux cas de myélite conjugale.

(Journal de Neurol. 1902, p. 21.)

Es handelt sich nicht um Myelitis bei Eheleuten, wie der Titel annehmen

lässt, sondern in dem einen Fall um typische Tabes bei Mann und Frau, während im zweiten Fall der Mann an einer Tabes, die Frau an einer Myelitis dorsalis litt. Syphilis war nicht nachweisbar. Verf. nimmt zufällige Coincidenz an.

Cassirer.

---

292) **R. Peters**: Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen.

(Jahrb. f. Kinderheilkunde, III. Folge, Bd. 3, S. 307—334.)

Der Autor beschreibt ein der Porrot'schen Pseudoparalyse ähnliches Krankheitsbild, das entweder angeboren ist oder ein bis füuf Monate nach der Geburt entsteht. Häufig kommt es durch Flexion, Pronation und Abduktion der Hand zu einer eigenartigen „Flossenstellung“, einige der kleinen Kranken weisen deutliche Zeichen manifester hereditärer Lues auf, bei anderen schliesst P. die luetische Natur des Leidens nur aus dem raschen Erfolge einer kombinierten Quecksilber-Jodkaliumbehandlung. (Das Jodkalium lässt er die Mütter nehmen — höchst unzweckmässigerweise, da eine ganz unkontrollierbare Menge derselben in die Milch übergeht.) Die Prognose ist gut, öfter ist schon in zehn Tagen eine Restitutio ad integr. zu erzielen.

Verf. bemüht sich, zu zeigen, dass eine spezifische Affektion des Rückenmarks angenommen werden muss, da seiner Meinung nach die Lähmung einen ausgesprochen radikulären Charakter aufweist. Sektionsbefunde fehlen, da alle Kinder geheilt wurden. Die Ausführungen fordern vielfach zum Widerspruche heraus.

Die Arbeit von Zappert (Dieses Centralbl. 1899, S. 550) ist dem Autor unbekannt, obwohl er diejenige Oberwarth's (Dieses Centralbl. 1900, S. 53) kennt, der auf Z. Bezug nimmt. (Vergl. ferner Deutsch. Zeitschr. f. Nhk., Bd. 18, S. 167.)

Thiemich (Breslau).

---

293) **K. Strózewski**: Ein Fall von Rückenmarksyphilis mit Symptomen der Brown-Sequard'schen Halbseitenlähmung.

(Gazeta Lekarska 1901, Nr. 36.)

Es handelte sich um einen 36 jährigen Kutscher, der drei Wochen vor dem Eintritt ins Krankenhaus (angeblich nach einer Erkältung) Schmerzen in der Gegend der Halswirbelsäule und später in der linken Hand bekam. Nach acht Tagen Parese der linken Extremitäten (zuerst des Fusses). Lues und Potus werden negiert, dagegen Gonorrhoe — vor acht Jahren — zugegeben. Im zehnten Lebensjahre Geschwüre auf dem Rücken, die unter Hinterlassung tiefer Narben heilten. 20. X. 1900 zahlreiche, tiefe weisse Hautnarben, besonders am Rumpf und Hals. Drüsenschwellung, rechte Pupille weiter, reagiert, links schmaler, lichtstarr. Kopfbewegungen eingeschränkt. Links am Halse eine auf Druck sehr schmerzhafte Schwellung. Linker Arm hängt schlaff herab, Bewegungen sehr behindert, in der Hand und den Fingern ganz aufgehoben. Reflexe erhöht. Linkes Bein paretisch, Patellarreflexe lebhafter als rechtes, Achillessehnenreflex stark. Leichter Fussklonus und Babinski'sches Phänomen. Abdominalreflexe beiderseits erhalten. Schmerz- und Temperatursinn in den rechten Extremitäten und der Rumpfhälfte herabgesetzt (Hyp-, stellenweise Analgesie). Berührungsempfindung beiderseits gleich. Muskelsinn er-

halten. Im übrigen normaler Befund. Pat. wurde einer energischen spezifischen Kur unterworfen, und schon nach drei Wochen waren die Symptome erheblich zurückgegangen. Als er am 10. I. 1901 entlassen wurde, konstatierte man: Pupillen gleich, reagieren prompt. Von Seiten des Hirnnerven nichts Abnormes. Keine Halsschwellung mehr. Die Kraft des linken Armes etwas geringer, (Dynamometer rechts 80, links 65). Bewegungen ungeschickter als rechts. Die Kraft in den Beinen beiderseits gleich. Gang ganz normal. Reflexe links gesteigert. Fussklonus, Bauchdecken- und Cremasterreflexe gleich. Babinskisches Phänomen. Sensibilität für alle Qualitäten im allgemeinen gleich gut (nur an der rechten Hüfte und am Oberschenkel Hypalgesie). Pat. fühlt sich ganz gut.

Verf. lokalisiert den Herd in die untere Gegend des linken Halsmarks. Wahrscheinlich handelte es sich um ein Gumma der Rückenmarkshäute (sässe der Herd im Rückenmark selbst, so müssten nach der Resorption Narben zurückbleiben, die sich durch klinische Symptome manifestieren würden); doch ist es nicht ausgeschlossen, dass eine luetische Entzündung der Häute vorlag, welche einen Druck auf das Rückenmark ausübte. Jedenfalls war die Affektion begrenzt, da sie vorwiegend nur die Hinterstränge betraf und die Vorderstränge intakt liess. (Keine Störungen des Muskelsinns und keine Hyperästhesie).

M. Urstein (Berlin).

---

294) **Long et Wiki**: Sur l'état atrophique de la moëlle épinière dans la syphilis chronique.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1901, p. 105.)

57jähriger Mann, vor 30 Jahren Lues. Langsam sich entwickelnde und fortschreitende spastische Lähmung beider Beine mit Sensibilitätsstörungen und Sphincterenschwäche, vorübergehende Besserung unter energischer antisyphilitischer Behandlung, dann neue Verschlimmerung. Tod nach zwei Jahren. Psychische Störungen, Geschwätzigkeit, Inkohärenz, sonst keine cerebralen Symptome. Es finden sich Gefässveränderungen, fast nur in den intramedullären Gefässen, sklerotische Herde im Dorsalmark mit typischen auf- und absteigenden Degenerationen, und was den Verf. besonders interessant erscheint, eine allgemeine Atrophie des Rückenmarks in den oberen zwei Dritteln des Dorsalmarks. Die Verkleinerung betrifft nur den antero-posterioren Durchmesser (4,3—5,8 mm gegen 6,8—8,3 mm bei einem normalen Rückenmark), der transversale ist etwas verbreitert. Die Verf. führen das auf ungenügende Blutversorgung zurück, wodurch entweder ein diffuser Ausfall vereinzelter Gewebsbestandteile, oder eine allgemeine Dystrophie und Verkleinerung der ganzen Substanz bedingt sei. Die Ansicht der Verf. ist ungenügend gestützt. Die sekundären Degenerationen können sehr wohl an einer solchen Volumensverminderung Anteil haben, da die komplementäre Neurogliawucherung keineswegs immer den Ausfall des nervösen Gewebes vollkommen ersetzt, wie man oft genug am Eingesunkensein der hinteren Peripherie des Rückenmarks bei alter Tabes sieht. Dafür spricht auch die Verbreiterung des transversalen Durchmessers. Zudem sind die angegebenen normalen Maasse nur bei einem einzigen Individuum gewonnen, also kaum von allgemeiner Giltigkeit.

Cassirer.

---

295) **Sano**: Un cas de spina bifida avec agénésie radiculaire et cordonale.

(Journ. d. neurol. 1900, 2, p. 31.)

Spina bifida. Atrophie eines Teils der rechtsseitigen Oberschenkelmuskeln. Herabsetzung der Hautempfindlichkeit in einem, dem 1.—3. lumbalen Wurzelsegment entsprechenden Territorium; die Empfindung für warm und kalt ist nur wenig alteriert, dagegen ist das Lagegefühl im ganzen Gebiet der beiden unteren Extremitäten sehr stark beeinträchtigt, was wahrscheinlich auf einer Agenesie der Hinterstränge beruht, während die übrige Anästhesie auf Agenesie oder Hypoplasie der betreffenden hinteren Wurzeln zurückzuführen ist. Die Sehnenreflexe sind namentlich rechts gesteigert, hier bestehen auch Spasmen; doch ist es zweifelhaft, ob diese Symptome auch kongenitaler Natur sind.

Cassirer.

---

296) **O. Heubner**: Ueber einen Fall multipler Rückenmarksgliome mit Hydrocephalus internus.

(Arch. f. Psych., Bd. 34, S. 626—647. 1901.)

H. teilt eine Krankengeschichte und einen anatomischen Befund eines von ihm beobachteten Falles mit. Es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, das einige Zeit nach einem Sturz unter schweren Gehirnerscheinungen, die auf einen Hydrocephalus schliessen liessen, erkrankte; dazu bestand vollständige Lähmung der Beine, ohne eigentliche Kontraktur und völliges Fehlen der Patellarreflexe. Die Sektion ergab Hydrocephalus, aber sonst ausser einer basalen Meningitis serosa keine Veränderungen am Gehirn (es wurde nur makroskopisch untersucht); sodann im Rückenmark eine Reihe hintereinander liegender und nicht unmittelbar miteinander zusammenhängender Gliome, die in der Hauptsache auf das Dorsalmark beschränkt waren. In der Epicrise wird dem Trauma für die Entstehung der Geschwülste eine gewisse Bedeutnng zugeschrieben. Die bei dem Kinde beobachteten Krämpfe werden auf eine vom Rückenmark ausgehende Reizung bezogen. Die Entstehung des Hydrocephalus erklärt sich H. durch Ausbreitung der in der Umgebung der Rückenmarksgeschwülste bestehenden Meningitis zunächst auf die Hirnbasis und von da auf die Auskleidung der Ventrikel. Die partielle Degeneration der Hinterstränge sieht er als Komplikation an, so dass in dem vorliegenden Falle „eine ausgiebige und ausgebreitete Verknüpfung von Gliombildung mit Gliose in kontinuierlichem Zuge vorliegt."

Schröder.

---

297) **H. Hensen**-Kiel: Ueber Bulbärparalyse bei Sarkomatose.

(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 21. Bd.)

Ein 19jähriges Dienstmädchen erkrankte unter den Erscheinungen einer subakuten Bulbärparalyse. Unter zunehmender Anämie und doppelseitiger Erkrankung der Retina in der Form der Retinitis albuminurica erfolgte der Exitus. Die Sektion deckte als Todesursche ein Sarkom beider Ovarien mit zahlreichen Metastasen in den inneren Organen auf. Doch erwiesen sich das Gehirn, die Mennigen, Nervenstämme und Knochen der Schädelbasis als frei von Sarkomknoten. Die Ursache der Bulbärparalyse bestand vielmehr in zahlreichen kleinen Degenerationsherden, wie sie bei Anämien, Carcinom und Tuberkulose beobachtet sind. Bemerkenswert ist das Auftreten der Bulbärparalyse als erstes Symptom der Sarkomatose.

J. Müller (Würzburg).

V. Vermischtes.

Eine Studie über **„Nicolaus Lenau's Geisteskrankheit und seine Kunst"** von F. van Vleuten (Dalldorf), welche in der „Kultur" erschienen ist, dürfte auch von Interesse für die Leser des Centralblattes sein. V. weist überzeugend nach, dass L. an progressiver Paralyse gelitten hat. Die Krankheit wurde 1844 in einem anscheinend paralytischen Anfall mit Gesichtslähmung und Sprachstörung offenbar. (Was es übrigens mit dieser Gesichtslähmung auf sich hatte, ist schwer zu entscheiden. Nach der Schilderung möchte man eher an eine peripherische denken.) Es folgen nun nacheinander einfach euphorische, depressive Zustände, Zeiten mit Grössenideeen und Tobsuchtsanfällen, bis schon nach Jahresfrist Zeichen einer zunehmenden Verblödung eintraten. Zuletzt „monotones stundenlanges Heulen Zähneknirschen" u. s. w. Auch der Sektionsbefund war nach V. geradezu typisch für Dementia paralytica. Das Stadium praemonitorium führt V. bis auf die letzten Monate des Jahres 1843 zurück.

In treffender Weise weist er die laienhaften Versuche des Biographen L.'s zurück, seine Krankheit psychologisch zu begründen. Sie „fahnden nach den Ursachen des Wahnsinns; wie bei einem Rechenexempel werden da die vermeintlichen Ursachen zusammengestellt, addiert, psychologisch geordnet und so lange gedreht und gewendet, bis schliesslich der denkende Mensch sagen muss: ja, das konnte nur in Wahnsinn enden."

Einer Andeutung des Verfassers ist zu entnehmen, dass L. Lues gehabt hatte.

Entschieden bestreitet V., dass L. sein Leben lang wahnsinnig gewesen sei; er sei vielmehr ein hereditär belasteter Neurastheniker gewesen.

Lombroso, der bei ihm seit früher Kindheit ein Gemisch von Genie und Wahnsinn gefunden haben will, sei zu vertrauensvoll den Angaben von Laien gefolgt. V. findet daher auch in L.'s Kunst keine Spuren seiner späteren Geisteskrankheit; insbesondere weist er dies an dem Gedicht „Traumgewalten" nach. In diesem mit Lombroso „die bei Paralytischen gewöhnliche Gedankenverbindung" zu finden, bekommt nur der fachbeengte Blick fertig. Zudem hat es Lombroso nach Verfasser 6 Jahre zu spät datiert, es stammt aus dem Jahre 1838, nicht 1844!

Es ist erfreulich, dass sich ein gleichzeitig psychiatrisch und künstlerisch denkender Forscher an derartige Probleme macht, die häufig entweder medizinisch laienhaft oder kunstbanausisch — unter überwertigen Fachgesichtspunkten — behandelt werden. L.

Gestorben: am 4. September 1902: Henri Dagonet in Paris; am 18. September 1902: Ernst von Zeller, früher Direktor der Landesirrenanstalt Winnenthal. G.

Die **33. Versammlung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte** findet am 1. und 2. November in Stuttgart statt. Sie wird am ersten Tage in dem Vortragssaale des Landesgewerbemuseums, am zweiten Tage in dem Bürgerspital abgehalten werden. Geschäftsführer: San.-Räte DDr. Fauser und Wildermuth. G.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink,** Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXV. Jahrgang. **1902 November.** Neue Folge. XXIII. Bd.

I. Originalien.

Plethysmographische Untersuchungen bei Geisteskrankheiten.

Von **Ragnar Vogt** in Kristiania.

Es wird sicherlich von Seiten der Psychiater dem Verhalten des Pulses bei Geisteskranken zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings giebt es einerseits beim Puls kein für eine bestimmte Psychose charakteristisches Verhalten, dagegen können andrerseits die zahlreichen Pulsveränderungen, in denen sich die wechselnden seelischen Zustände abspiegeln, als objektive Zeichen für innere seelische Vorgänge nicht hoch genug angeschlagen werden. Für die Schreckhaftigkeit der Patienten gewinnt man z. B. einen einfachen objektiven Maasstab durch Bestimmung der Pulsfrequenz vor und nach einem plötzlichen unerwarteten Geräusch (Händeklatschen). Praktisch erweist es sich unter solchen Umständen,

einem assistierenden Schreiber die auf je zehn Sekunden fallende Pulszahl zu diktieren. Nach leichtem Händeklatschen habe ich oft bei ängstlichen Kranken eine Steigerung der Pulsschläge von 78 auf 126, 84 auf 120 und ähnliches wahrgenommen; andere Zeichen des Schreckens machten sich dabei, wie nicht anders zu erwarten, auch geltend. Dadurch, dass man dem Puls während längerer Gespräche, bei denen empfindliche Punkte berührt werden, folgt, kann man oft einen klareren Einblick in die gemütliche Erregbarkeit des Patienten gewinnen. Eine flüchtige Verdriesslichkeit im Laufe des Gespräches verrät sich z. B. dadurch, dass der Puls einen Augenblick von 11 auf 17 pr. $^{1}/_{6}$ Minute steigt. Oder man merkt plötzlich, dass der Atem leicht seufzend wird, während der Puls von 60 auf 120, 72 auf 130 u. s. w. steigt: der Kranke ist von Angst ergriffen.

Im Verlauf der letzten paar Jahre habe ich regelmässig solche ganz einfachen Pulsuntersuchungen bei Geisteskranken vorgenommen, weshalb ich einen Augenblick dabei verweilen werde, ehe ich zu den genaueren plethysmographischen Versuchen übergehe. Auf diesem Gebiet wird man ebensoviel für die Theorie wie für die Praxis gewinnen können. Ich möchte jedoch zuerst durch einige Beispiele die Aufmerksamkeit auf die praktische Seite der Sache hinlenken.

Ein dreissigjähriger Patient wurde nach einem Trauma capitis sehr reizbar und ausserdem leicht dement. Wenn er sich, was selten geschieht, einmal in freundlichem Tone an mich wendet, ist der Puls ca. 80—90, gewöhnlich ist der Patient jedoch gereizt und zornig und der Puls ist dann beinahe immer über hundert, oft gegen 120. Spreche ich mit ihm an einem der freundlichen Tage, wo der Puls 80—90 ist, so dauert es doch selten längere Zeit, bis die gewöhnliche Gereiztheit wieder zu Tage tritt. Er fängt dann an zu schelten und Schimpfworte zu gebrauchen, klagt über Misshandlung, wird bleich und unsicher, während die Pulsschläge auf 120 steigen und der Puls kleiner wird. Steigt der Puls, was nicht selten geschieht, bis zu 130 und darüber, so fängt er an, lebhaft zu gestikulieren, seine Rede wird mehr und mehr drohend, und das Ende ist gewöhnlich, dass er heftig mit der Faust auf den Tisch schlägt. Wenn der Puls sich 130 nähert, will er von weiterer Pulszählung selten etwas wissen, wie auch jede Spur von Selbstkontrolle von da an verschwindet. Nach seinen Angaben scheint sich in diese Zornanfälle auch eine Spur von Furcht zu mischen, aber der Zorn überwiegt doch. Bei den paranoiden Demenzformen stösst man ab und zu auf ähnliche Verhältnisse, und einige wenige Pulszählungen werden eventuell mehr, als etwas anderes, unseren Eindruck von der Gemeingefährlichkeit der be-

treffenden Patienten verstärken. Verbittert und unzufrieden, wie sie oftmals sind, zeigen sie für gewöhnlich einen recht hohen Puls 80—110. Wenn man sie anspricht, kann es leicht geschehen, dass sie in starken Zorn geraten, mit bebenden Lippen, sehr bleichem Gesicht und einem Puls von gegen 180 Schlägen; bei einer besonders reizbaren Patientin sogar bis zu einer Pulszahl von 216 in der Minute. Bei dieser grossen Pulszahl ist die Rede der Kranken fast ohne Ausnahme drohend und höchst unanständig, bei den recht gemeinen und hässlichen Schimpfworten ist der Puls gewöhnlich 150 oder darüber. Gewöhnlich sind auch andere Zeichen von motorischer Unruhe zu bemerken: drohende Geberden und dergleichen, aber dies ist durchaus nicht immer der Fall. Bei einem paranoid-dementen Patienten, der mit einem Puls von 80—110 Schlägen ruhig im Bett liegt, kann dieser z. B. bis zu 180 steigen, sobald man seine kranken Ideen berührt; aber dabei bleibt er fortwährend ruhig liegen und amüsiert sich damit, einige starke und höhnische Worte auszustossen. Ich erwähne dies, um zu betonen, dass die motorische Unruhe, die lebhaften Geberden und Bewegungen nicht als die Ursache der Pulssteigerung betrachtet werden können.

Bei diesen paranoid-dementen Patienten dauert es gewöhnlich lange, ehe der Zorn nachlässt; es handelt sich mehr um eine dauernde Verbitterung oder Verstimmung, die nur an Intensität wechselt. Oft sah ich diese Leute mehrere Minuten lang ein kreideweisses Gesicht und einen kleinen, frequenten Puls bewahren, während ich nur selten auf die starke reaktive Gefässerweiterung stiess, die bekanntlich bei gesunden Menschen einen Zornesausbruch abschliesst. Dieselben geniessen deshalb wahrscheinlich nur in ganz geringem Maasse das Zorneswohlbehagen, das C. Lange beschreibt und das er auf Rechnung der Gefässerweiterungen schreibt.

Bei manischen Patienten kann sich dagegen der Zornanfall, mit kleinem, frequentem Puls bis zu 150 Schlägen in der Minute und starker Muskelspannung, leichter in Thränen, intensive Gesichtsröte und Muskelschlaffheit auflösen, während der Puls sich vorderhand auf derselben Höhe hält. Ein besonderer Zug bei dem manischen (im Gegensatz zu dem Zorn des dementen Kranken) ist überhaupt die relative Leichtigkeit, mit der die Stimmung sich lenken und lösen lässt; doch stimmt auch dies nicht immer.

Bei manischen Zuständen ist der Puls in der Regel recht frequent. Charakteristischer ist dagegen die Leichtigkeit, mit der äussere Eindrücke den Puls zu ungewöhnlicher Zunahme der Frequenz bringen können. Besonders in den leichteren, sogenannten hypomanischen Fällen kann

dieser Umstand von grossem praktischen Nutzen sein. Ein Patient kann z. B. verhältnismässig ruhig und umgänglich geworden sein, und bei flüchtiger Betrachtung scheint alles in Ordnung. Fühlt man dagegen seinen Puls, so verrät seine gemütliche Erregbarkeit sich dadurch, dass der Puls bis zu 120 in der Minute ansteigt. Man wartet deshalb damit, ihn in die ruhige Abteilung des Asyls zu versetzen, noch zu, bis der Puls einige Tage lang im Verlauf einer Unterhaltung sich unter 80 pr. M. hält.

Rekonvaleszenten — vielleicht besonders nach langdauernden melancholischen Zuständen — haben oft das bekannte wenig angenehme, verdriessliche, räsonnierende Wesen, und es verursacht ja nicht selten Schwierigkeiten, ihren Angehörigen das Krankhafte, das darin liegt, verständlich zu machen. Allein wenn man beweisen kann, dass der Puls an den Tagen eines ruhigen und bescheidenen Wesens 70 beträgt und klein ist, an den Tagen verdriesslicher Stimmung dagegen 100—120 Schläge zeigt und kräftig und voll ist, so werden die Angehörigen eher einsehen, wie krank der Betreffende noch ist. Und wird man später durch einen solchen Patienten öffentlich belästigt und beschimpft, so kann es ja auch von Bedeutung sein, dass das Krankenjournal solche objektiven Krankheitszeichen aufweisen kann. Ich erinnere mich eines übrigens etwas stumpf gewordenen Patienten, der an solchen Tagen einer gereizten Stimmung bei jeder Ansprache bleich und zitternd werden konnte mit einem Puls von 150, während er gleichzeitig sich über unrechtmässige Zurückhaltung im Asyl lebhaft beklagte.

Verschiedene demente Patienten, die sonst im grossen und ganzen still und ziemlich umgänglich sind, können sich einige Tage dazwischen in einem Zustand von starker Reizbarkeit mit Neigung zu Gewaltthätigkeiten befinden. Bei einer Kranken, bei der diese Reizbarkeit sich etwa zur Menstruationszeit einfand, war der Puls dabei sehr frequent und das Gesicht kongestioniert; dies ist dann ein Wink, dass sie von da an des Nachts ein Zimmer allein haben soll, damit keine Gewaltthätigkeiten vorkommen können.

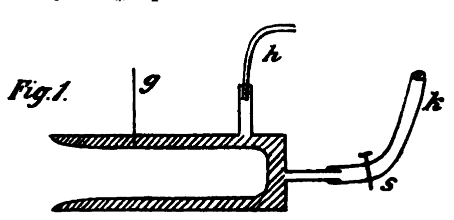
Eine hyperästhetische melancholische Frau zeigt auf geringe äussere Veranlassung hin eine stark gesteigerte Pulsfrequenz (c. 120 in d. M.), z. B. schon nach schwachen Schalleindrücken; einige Augenblicke später wird sie dazu hochrot im Gesicht, und es vergeht längere Zeit, ehe die Gemütsunruhe wieder verschwindet. Man muss folglich darauf gefasst sein, dass sie später von dem Höllenspektakel, dem sie in dem Irrenasyl ausgesetzt war, berichten wird.

Droht man stuporösen Patienten z. B. mit Nadelstichen, so wird ihr Puls wohl in der Regel an Häufigkeit zunehmen, ein Zeichen dafür, dass

sie doch aufgefasst haben, um was es sich handelt. Bei imbezillen Mädchen wird dagegen dasselbe kleine Experiment oft einen ganz kolossalen Ausschlag geben. Interessant ist es andererseits zu sehen, wie der Puls bei stuporösen Kranken steigen kann, selbst wenn man sie nur zu einer so leichten Arbeit, wie es das Zuknöpfen eines Knopfes ist, veranlasst. Ein bettlägeriger, stark gehemmter stuporöser Patient zeigt z. B. eine Erhöhung der Pulsfrequenz von 60 auf 94, wenn er sich, dazu aufgefordert, zum erstenmal auf die Bettkante setzt; bei Wiederholung der Bewegung einige Minuten später steigt der Puls dagegen nur von 66 auf 84. Dies weist darauf hin, dass es dem Betreffenden weniger Mühe macht, dasselbe zu wiederholen, und darin liegt vielleicht ein Grund für die Tendenz dieser Kranken zu Stereotypien. Genauere Untersuchungen der Pulsverhältnisse bei Geisteskranken verlangen jedoch instrumentale Hilfe, und ich will bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit auf die besondere Verwendbarkeit des Lehmann'schen Plethysmographen für solche Zwecke hinweisen.

Durch freundliches Entgegenkommen des Herrn Prof. Rohmell konnte ich im Herbst 1899 zahlreiche plethysmographische Untersuchungen an Geisteskranken in der Irrenanstalt St. Hans in Dänemark vornehmen, und zwar mit den Lehmann'schen Originalapparaten, welche Dr. Lehmann mir in der liebenswürdigsten Weise zur Verfügung stellte. Ich kann nach Versuchen an gegen 100 Geisteskranken versichern, dass die Methode sehr häufig anwendbar ist.

Indem ich auf Dr. Lehmann's Arbeit*) hinweise, will ich hier nur bemerken, dass er eine sehr praktische Modifikation des Mosso'schen Plethysmographen vornahm, indem er in dessen Innerm (Figur 1) einen ganz dünnen Gummisack (g) anbringen liess. Auf diese Weise kommt das in dem schraffierten Raum enthaltene Wasser nicht in unmittelbare Berührung mit dem in den Apparat gesteckten Arm. Der Gummisack dagegen schmiegt sich dicht an den Arm an, und alle seine Volumveränderungen werden auf das Wasser in dem schraffierten Raum übertragen und von da weiter durch die Leitung (h) zu einem Marey'schen Schreibhebel, von wo aus dann das Plethysmogramm auf die vorbeirotierende russige Trommel übertragen wird. Durch die mit Sperrhahn (s) versehene Leitung (k) wird das Wasser in den schraffierten Raum gezogen.



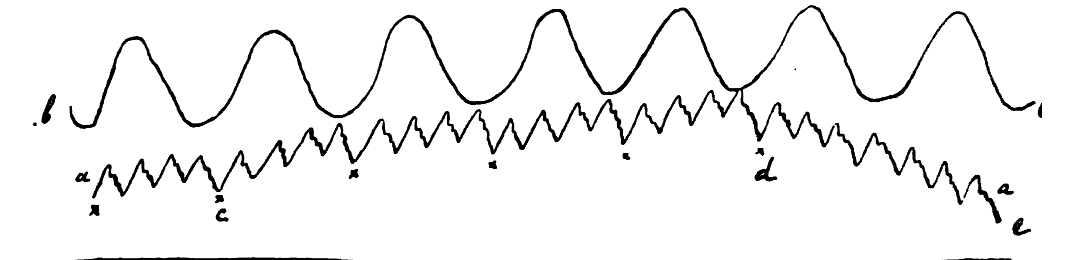
*) Die körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände, von Dr. Alfred Lehmann, Kopenhagen.

Auf der plethysmographischen Kurve zeichnen sich einzig und allein Volumveränderungen des Armes ab. In erster Linie kommen diese infolge der Pulsschläge zustande. Durch das Zuströmen des Blutes wird der Arm voller und grösser; strömt das venöse Blut zurück, nimmt er wieder an Umfang ab. Wenn nach jedem Pulsschlag genau ebensoviel Blut zurückflösse, wie eingepumpt worden war, würde man nichts anderes in der Kurve sehen, als die Volumveränderungen, die eine Folge jedes einzelnen Pulsschlags sind. Fliesst dagegen weniger Blut zurück, als hineingetrieben wurde, so wird das Armvolumen eine gleichmässige länger dauernde Steigung aufweisen.

In der folgenden Darstellung werde ich mich ausschliesslich an Versuche mit dem Plethysmographen halten. Dieser besitzt nämlich vor dem Sphygmographen den Vorteil, dass er jedes einzelne Mal in derselben Weise angelegt werden kann, so dass man an jedem Tag und zu jeder Stunde Resultate erreichen kann, welche die bestmögliche Vergleichung gestatten.

Zum Teil will ich die Erfahrungen, die Alfred Lehmann bei Untersuchungen an gesunden Menschen*) gemacht hat, benützen, teils das Material verwerten, das ich selbst in dem St. Hans-Hospital bei Roeskilde durch Versuche an Geisteskranken gesammelt habe.

In den plethysmographischen Kurven, wie sie sichtbar werden, wenn kein besonderer äusserer Eindruck auf die Versuchsperson einwirkt, sieht man in der Regel folgendes (Kurve I): 1. Zeichnungen der einzelnen



a = Plethysmogramm, b = Pneumogramm.

Zwischen je zwei × zieht man eine respiratorische Schwankung der plethysmopraphischen Kurve.

cd = langsame Steigung, de = plötzliche Senkung des Armvolumens.

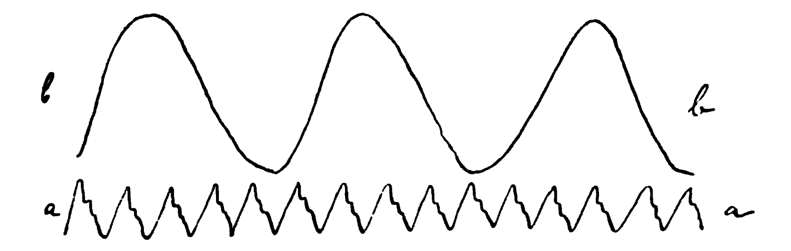
besonderen Pulswellen. 2. Volumveränderungen von respiratorischem Typus, indem das Armvolumen während des Einatmens sinkt und während des Ausatmens steigt. Sind die Pulsschläge kräftig und der Atemzug tief, so können diese respiratorischen Volumschwankungen ungewöhnlich gross

*) „Die körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände.“

werden, besonders wenn der Aus- und Einatmungsakt mit einer gewissen Plötzlichkeit vor sich geht. Bei Zuständen starker Erregung, besonders bei der manischen Erregung, sind die Respirationsschwankungen oft ganz kolossale. Gewöhnlich sind die Pulsschläge nicht unbedeutend schwächer und schneller während des Einatmens, als während des Ausatmens. 3. Volumveränderungen, die von der Atmung unabhängig sind. Teils sieht man langsame gradweise Hebungen und Senkungen in der Kurve, teils plötzliches steiles Fallen und Steigen.

Um bestimmen zu können, ob eine Volumveränderung respiratorischer Art ist, oder nicht, ist es notwendig, dass man mit Hilfe eines Pneumographen gleichzeitig die Atmungskurve aufzeichnen lässt. Dies geschah auch immer.

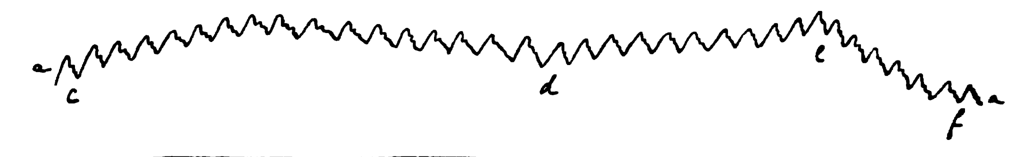
Wenn man nun klar legen soll, welche Ausschläge die inneren Zustände in den Plethysmogrammen geben, so muss man sich zuerst vergewissern, wie die Kurven aussehen, die bei der grösstmöglichen seelischen Ruhe entstehen. Die Versuchspersonen müssen sich deshalb bemühen, sich ruhig gehen und alle Gedanken fahren zu lassen. Ganz gelingt dies wohl niemals. Kurven, die während der grösstmöglichen seelischen Ruhe aufgezeichnet wurden, zeigen nach Lehmann kein steiles Fallen und Steigen, sondern nur einzelne langsame gleichmässige Volumschwankungen; ich sehe hier von den respiratorischen Volumveränderungen ab. Während des Schlafes verschwinden auch diese gleichmässigen Schwankungen des Armvolumens, wovon ich mich selbst bei einem an Dementia paralytica leidenden Patienten, der regelmässig während der Versuche in tiefen schnarchenden Schlaf verfiel, überzeugen konnte (Kurve II). Die steilen Senkungen in den Kurven erscheinen dagegen, wenn



aa = plethysmographische Kurve eines schlafenden Paralytikers, ohne jede Schwankung des Armvolumens.

die Versuchsperson plötzlich eine Wahrnehmung macht oder wenn eine Vorstellung in ihr auftaucht, und die dabei in der Kurve sich zeigenden Ab-

weichungen sind in allen Einzelheiten von derselben Beschaffenheit, wie diejenigen, die sich an milde Sinneseindrücke, Beantwortung von Fragen und ähnliches anschliessen. Oft geht dieser steilen Senkung des Volums ein kleiner Anstieg voraus, sowohl wenn dieselbe spontan auftritt, als auch wenn sie sich an einen Sinneseindruck, die Lösung einer Aufgabe oder ähnliches, anschliesst. Lehmann sagt deshalb, dass die steilen spontanen Senkungen (ef) in den Kurven eine Folge von auftauchenden Wahrnehmungen oder Gedanken sind; die gleichmässigen Volumschwankungen (cd) hängen dagegen mit mehr vagen, unklaren Bewusstseinsprozessen zusammen (Kurve III).



cd = gleichmässige, undulierende Schwankung des Armvolumens, bei unklaren Bewusstseinsvorgängen.

ef = plötzliche Senkung des Armvolumens, bei auftauchenden Gedanken bezw. als Reaktion auf Sinneseindrücke, Rechenaufgaben u. a. m.

Nach dem von mir selbst Beobachteten muss ich mich ganz dieser seiner Behauptung anschliessen. Oft passierte es z. B., dass die Patienten mit dem einen oder anderen Ausruf kamen, unmittelbar nachdem die Kurve einen starken Abstieg gezeigt hatte, was ja darauf hindeutete, dass unmittelbar vorher in dem Bewusstsein des Betreffenden etwas aufgetaucht war. Bei verrückten (paranoischen) Patienten, die während der Versuche alle möglichen Einwirkungen des Apparates an sich zu merken glaubten, war oft eine ewige Unruhe in den Kurven; sie zeigten eine Mannigfaltigkeit von steilen Senkungen und Steigungen von ganz derselben Art wie die durch Sinneseindrücke und Fragen hervorgebrachten (Kurve III).

Durch äussere Eindrücke verschiedener Art kann man bestimmte innere Zustände bei den Versuchspersonen auszulösen versuchen. Befinden sich nun dieselben von vornherein in vollständiger seelischer Ruhe, so werden diese von aussen angeregten inneren Zustände das denkbar einfachste Gepräge haben. Anders wenn die Versuchspersonen sich die ganze Zeit über in Spannung, Angst befinden oder von Gedanken erfüllt sind; hier wird ein Eingriff nicht nur den beabsichtigten inneren Zustand hervorrufen, sondern möglicherweise auch gleichzeitig die anwesende Spannung, Angst u. dgl. verschwinden machen.

Die plethysmographischen Aenderungen können in letzterem Fall sowohl ein Zeichen von dem Auftreten des einen inneren Zustandes, als

auch von dem Verschwinden des anderen sein. Wir werden auch bald sehen, wie atypisch die plethysmographischen Reaktionen sind, die bei schon vorher sich in Spannung befindlichen Personen auftreten.

Da jedoch jeder äussere Reiz im Anfang zur Folge hat, dass sich die Aufmerksamkeit dem Reize oder der Aufgabe zuwendet, so ist es notwendig, in erster Linie die plethysmographischen Zeichen des Aktes der Aufmerksamkeitsspannung zu bestimmen. Die Aufmerksamkeit ist aber entweder mehr aktiver oder mehr passiver Natur. Im ersteren Fall liegt der durch folgenden Ausdruck bezeichnete innere Zustand vor: „ich lenke meine Aufmerksamkeit auf etwas"; im anderen Fall fühlt man, dass sich „etwas der Aufmerksamkeit aufdrängt". Um diese Aufmerksamkeitsreaktionen in grösstmöglicher Reinheit nachweisen zu können, müssen die Versuchspersonen Reizen ausgesetzt werden, die keine nennenswerte Bewegung auf dem Gebiete des Gefühlslebens auslösen — wie z. B. schwachen Sinneseindrücken, leichten intellektuellen Aufgaben oder dgl.

Die Aufmerksamkeitsreaktionen haben nach Lehmann ein sehr typisches Gepräge, aber sie sind etwas verschieden von einander, je nachdem die Aufmerksamkeit mehr aktiver oder mehr passiver Natur ist.

Beispielsweise will ich anführen, was Alfred Lehmann über die aktive Anspannung der Aufmerksamkeit sagt: „Eine Aufmerksamkeitskonzentration wird unmittelbar von einigen wenigen frequenten Pulsschlägen, während deren die Volumkurve Neigung zum Anstieg zeigt, begleitet. Darauf folgen vier bis acht langsame Pulsschläge, wobei das Volumen sinkt; die Länge (d. h. Langsamkeit) dieser Pulsschläge ist immer bedeutender, als die der zunächst vorhergehenden, oft überschreitet sie sogar das Normale. Endlich steigt das Volumen wieder mit raschem Puls. . . . ."

Die Kenntnis der Aufmerksamkeitsreaktionen hat, wie früher erwähnt, besondere Bedeutung, da dieselben sozusagen immer abgezogen werden müssen, wenn man sich über die Rolle, die andere psychische Faktoren bei dem Zustandekommen von plethysmographischen Veränderungen spielen, klar werden will. Ein schmerzvoller Sinneseindruck ruft also eine Aufmerksamkeits- und eine Unlustreaktion hervor, und man darf nicht mehr auf Rechnung der Unlust schreiben, als was sich nicht als Aufmerksamkeitswirkung erklären lässt.

Befindet sich die Versuchsperson in gespannter Erwartung, während die plethysmographische Kurve aufgezeichnet wird, so werden, wie Lehmann nachgewiesen hat, das Armvolumen gering und die Pulsschläge klein, aber von normaler Geschwindigkeit sein. Bei mehr ausgesprochener ängstlicher Spannung oder Furchtsamkeit ist der Puls ausserdem bedeutend

rascher als normal. Bekommt die Versuchsperson unter solchen Umständen ein Rechenexempel zu lösen, so wird der seelische Zustand, in den sie dadurch versetzt wird, vorzugsweise das Gepräge von dem, was man die Lösung der Spannung nennen kann, an sich tragen, und dies ist durch grosse Pulsschläge von normaler Frequenz und durch grosses Armvolumen gekennzeichnet. Wie man sieht, ist die Wirkung ganz entgegengesetzt der bei einer in vollständiger Gemütsruhe sich befindlichen Versuchsperson, wenn entsprechende Aufgaben an dieselbe gestellt werden.

Auf den ersten Blick sieht es dann aus, als ob verschiedene Personen ganz verschieden bei einem und demselben seelischen Zustand reagieren und der oberflächliche Beobachter giebt sich vielleicht mit der leichtgenommenen Betrachtung, dass die Reaktionen individuell verschieden sind, zufrieden. Vielleicht ist jedoch die gespannte Erwartung bei einem späteren Versuch nicht mehr vorhanden und da wird der Betreffende normal reagieren. Beispiele dafür sind bei Lehmann angeführt, aber bei seinen normalen Versuchspersonen ist die Spannung augenscheinlich ein recht seltenes Phänomen, während sie bei vielen Geisteskranken sozusagen alltäglich ist. Ich könnte aus meinem Material eine Unmenge von Beispielen beibringen, wie die Kranken plethysmographische Kurven darbieten, bei denen die Pulsschläge im Anfang schwach sind und das Armvolumen klein, und bei denen Puls und Armvolumen nach Eingriffen der verschiedensten Art an Grösse gewaltig zunehmen. Ich habe allen Grund zu glauben, dass diese Reaktionen darauf beruhen, dass die Betreffenden sich dadurch erleichtert und befreit fühlten, dass die Eingriffe nicht so schlimm waren, wie sie gefürchtet hatten — „oh, ist es nicht schlimmer, als so?“ konnte man oft von ihnen ausrufen hören.

Zu weiterer Begründung für diese Deutung kann ausser den Lehmann'schen Erfahrungen folgendes angeführt werden: Mit Hilfe eines Schreibestifts wird das Plethysmogramm auf russiges Papier, das auf einen rotierenden Cylinder aufgeklebt ist, eingeritzt; der Cylinder wird nun bei jedem einzelnen Versuch unter leichtem surrenden Geräusch in Bewegung gesetzt. Dabei taucht dann wahrscheinlich leicht die Vorstellung auf: „Was wird jetzt geschehen?“ und vermutlich halten sich, so lange die Betreffenden gespannt darauf achten, die Pulsschläge und das Armvolumen niedrig; dann, wenn einige Zeit hingeht, ohne dass irgend welcher Eingriff stattfindet, und die Versuchspersonen wohl glauben, dass nichts geschehen wird, so nehmen Pulsschlag und Armvolumen oft ganz bedeutend zu und bei denselben Versuchspersonen zeigen sich gerade diese Verhältnisse nach Eingriffen der verschiedensten Art. Es handelt sich hier um typische Phänomene, welche sich bei jedem der vielen Einzel-

versuche, die ich gerne in unmittelbarem Anschluss an einander anstellte, wiederholen können. Mehrmals konnte ich ausserdem bei denselben Versuchspersonen nachweisen, wie die Reaktionen auf Rechenaufgaben und ähnliches dasselbe Gepräge wie bei Lehmann's ruhigen Normalindividuen annehmen, sobald erst das Plethysmogramm das Gepräge angenommen hatte, das darauf hindeutete, dass die Spannung sich gelöst hatte. Alles deutet mit grosser Bestimmtheit darauf hin, dass die Spannung von Gefässkontraktion und die Lösung der Spannung von Gefässdilatation begleitet ist.

Die Kenntnis der bisher erwähnten Verhältnisse hat grosse Bedeutung für eine richtige Auslegung der plethysmographischen Zeichen für andere seelische Zustände. Ich will jetzt in aller Kürze eine Reihe der Lehmann'schen Resultate anführen.

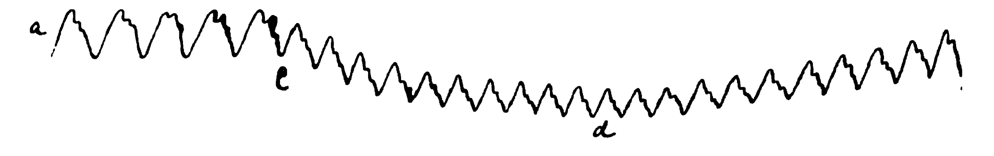
Stark unlustbetonte Wahrnehmungen rufen tiefen Volumabstieg und kleine frequente Pulsschläge hervor; danach steigt das Volumen und die Pulsschläge nehmen wieder an Stärke zu, wenn sie auch lange frequent bleiben. Bei lustbetonten Wahrnehmungen ist eine Tendenz zu Volumanstieg und grossen langsamen Pulsschlägen vorhanden, aber diese Ausschläge werden nicht selten mehr oder weniger von anderen gleichzeitigen Reaktionen (Aufmerksamkeits-Reaktionen), die ja teilweise in entgegengesetzter Richtung gehen, verdeckt.

Während einer Hypnose ruft ein Reiz, der sonst eine gewaltige Unlustreaktion auslösen würde, keine solche hervor, wenn die Versuchsperson durch Suggestion unempfänglich für Schmerz gemacht ist. Suggerierte Lust oder ebensolcher Schmerz sind von Lust bezw. Unlustreaktion begleitet, selbst wenn gleichzeitig eine Sinneseinwirkung, die in wachem Zustand mit dem entgegengesetzten Gefühlston verbunden sein würde, stattfindet. Die Reaktionen hängen folglich von dem seelischen Zustand und nicht von dem physischen Reiz ab.

Lehmann hat auch die plethysmographischen Zeichen einiger Gemütsbewegungen genauer studiert. Mehrere seiner Versuchspersonen wurden durch hypnotische Suggestion resp. durch Rezitation von stimmungsvollen Gedichten in Affekt versetzt. Schreck und Furcht sind die Gemütsbewegungen, die sich am leichtesten durch experimentelle Eingriffe auslösen lassen. Wird z. B. unerwartet ein Pistolenschuss abgefeuert oder in die Hände geklatscht, so werden die meisten in Schreck geraten und dabei nimmt nach Lehmann das Armvolumen ab, während die Pulsschläge durchschnittlich etwas langsamer werden, aber von ungefähr derselben Stärke sind, wie unmittelbar vorher. Nur die paar ersten Pulsschläge nach dem Reiz sind etwas frequenter, als die vorhergehenden. Ich muss jedoch hier hinzufügen, was ich bei Lehmann

nicht angedeutet finde, dass Schreckeingriffe oft im Gegenteil zu stark erhöhter Pulsfrequenz führen, besonders bei sehr schreckhaften Individuen. Wahrscheinlich ist der Puls langsam in dem Augenblick, da wir uns von Schreck überwältigt, gelähmt fühlen, während er bald rasch wird, wenn die „Schrecklähmung" von „angstvoller Unruhe" abgelöst wird, was augenscheinlich bei vielen Geisteskranken der Fall ist.

Bei Furcht, die durch Drohung mit dem einen oder anderen schmerzvollen Eingriff erregt wird, sinkt das Armvolumen, die Pulse werden klein und frequent und die respiratorischen Volumveränderungen treten sehr hervor (Kurve IV). Mosso und viele andere haben dasselbe beob-



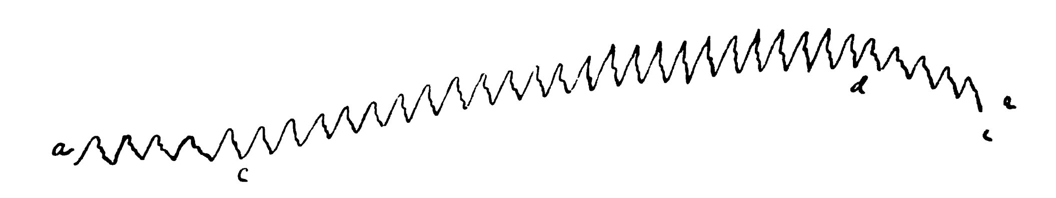
cde = Furcht — Reaktion.

cd = Eintreten der Furcht; die Pulsschläge sind kleiner, frequenter, und die sekundären Elevationen haben eine niedrigere Lage.

de = Lösung der Furcht.

achtet. Ich habe dies selbst bei einer Reihe von Fällen gesehen. Besonders war es mir auffallend, wie leicht imbecille Patienten ganz ohne Veranlassung von Furcht ergriffen werden. Bei stuporösen Patienten dagegen konnte es vorkommen, dass es unmöglich war, eine Furchtkurve hervorzubringen; doch ist dies durchaus nicht immer der Fall.

In der Regel zeigen meine Furchtkurven dieselben Verhältnisse, wie die Lehmann'schen, aber ganz merkwürdigerweise ist es auch mehrere Male passiert, dass die Furcht im Gegenteil von starkem Volumanstieg und einer deutlichen Erhöhung der Grösse der Pulsschläge begleitet war; auch hier war jedoch der Puls sehr frequent (Kurve V). Es sieht also



cde = Angst — Reaktion; während der Angst sind die Pulsschläge grösser und frequenter als vorher und das Armvolumen steigt.

aus, als ob die Furcht zwei ganz verschiedene, aber beide an sich höchst eigentümliche plethysmographische Ausschläge darböte, und man wird dadurch unwillkürlich dazu veranlasst, sich selbst zu fragen, ob auch ein und derselbe Affekt in beiden Fällen vorgelegen habe. Die Patienten geben selbst nur an, dass sie furchtsam, bange u. s. w. waren. Soviel ich verstehen kann, ist es die eigentliche Furcht, die gespannte Erwartung eines bestimmten kommenden Uebels, bei der sich niedriges Volumen und kleine Pulsschläge zeigen, während die unmittelbare, unreflektierte, unbestimmte Angst, bei der die Spannung aufhört, wobei man sich sozusagen mitten drin im Schlimmen fühlt, von hohem Volumen und verhältnismässig starken Pulsschlägen begleitet wird.

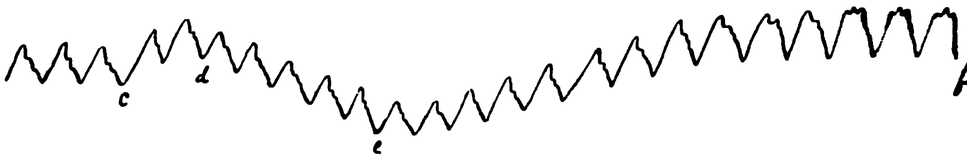
Ich ziehe diesen Schluss, teils weil das, was ich „Angstreaktion“ nenne, hauptsächlich bei wenig nachdenkenden imbezillen Personen auftritt, die ihre Gedanken nicht auf das, was geschehen wird, konzentrieren, sondern sich sofort von den Eindrücken überwältigen lassen, teils weil ich mehrmals „Furchtreaktion“ beobachtet habe, so lange z. B. nur die Rede davon war, dass mit einer Nadel ins Auge gestochen werden sollte, während sie in „Angstreaktion“ überging, sobald die Nadel dem Auge ganz nahe kam. Ich halte es hier für wahrscheinlich, dass die gespannte Erwartung der Furcht sich löste, als das Uebel sein zukünftiges Gepräge verlor und dazu überging, unmittelbar gegenwärtig zu sein, und hiermit hat vermutlich auch das Plethysmogramm das der Spannung zuzuschreibende Gepräge, nämlich das niedrige Volumen und den kleinen Puls verloren.

Wenn Lehmann seine normalen Versuchspersonen die eine oder andere einfache intellektuelle Arbeit ausführen liess, trat regelmässig die früher besprochene aktive Aufmerksamkeitsreaktion ein. Bei Geisteskranken, die ein ruhiges, gesammeltes Wesen hatten, konnte ich in der Regel dasselbe nachweisen, aber bei Kranken, die stärkere Gemütsbewegungen zeigten, konnte der Ausfall oft ein ganz andrer sein. Einige periodische Geisteskranke gaben nur in freien Zwischenräumen Normalreaktion.

Besonders oft stiess ich auf ein Verhältnis, das ich nur ausnahmsweise in den Lehmann'schen Kurven wiederfinden kann. Die Kranken reagierten nämlich allerdings, wenn ihnen z. B. eine Rechenaufgabe gegeben wurde, im Anfang auf normale Weise, aber bald fing das Armvolumen bedeutend zu steigen an, und dabei wurden die Pulsschläge besonders stark. Die sekundären Elevationen der Einzelkurve wurden teilweise verwischt, gleichzeitig rückten sie zum Pulsgipfel hinauf, während sie vorher ihren Sitz auf dem absteigenden Schenkel hatten. Alle diese Zeichen deuten auf Gefässerweiterungen hin (Kurve VI). Manchmal war die vorhergehende normale Reaktion nur leicht angedeutet. Je aus-

geprägter diese reaktiven Gefässerweiterungen waren, desto sicherer konnte ich sein, zu hören, dass der Betreffende gedrückt, ärgerlich, beschämt,


Kurve VI.



bei c = Stellung einer Rechenaufgabe;
cde = Aufmerksamkeits-Reaktion;
cf = Kurve der reaktiven Gefühle (Scham, Verlegenheit u. s. w.) mit grossen Pulsen, grossen Armvolumen und hochgelagerten sekundären Elevationen.

verlegen gewesen war, weil er falsch geantwortet hatte, oder dass er in „Zweifel", in „Unsicherheit über die Richtigkeit der Antwort" gekommen war, dass er über die Aufgabe in Verwirrung geraten war oder dergl. Die Patienten bemerkten selbst oft, dass ihnen heiss im Kopf wurde, und gelegentlich trat auch eine leicht erkennbare Gesichtsröte auf. Verursachte die Aufgabe viel Kopfzerbrechen und hörte der Betreffende nicht auf, über die Richtigkeit der Antwort nachzudenken, so konnte der Puls ausserdem sehr rasch werden, aber ich sah diese reaktiven Gefässerweiterungen auch ohne Aenderung der Pulsfrequenz stark ausgeprägt, ausnahmsweise war dieselbe sogar leicht herabgedrückt. Handelte es sich um ein reines Gefühl von Verwirrung, Scham oder Verlegenheit, so lag bisweilen eine einfache Gefässerweiterung vor, während die Pulsgeschwindigkeit, wie erwähnt, besonders dann erhöht war, wenn die Personen nicht aufhörten, sich mit der Aufgabe abzumühen und wenn der innere Zustand als Zweifel bezw. als Befürchtung, falsch gerechnet zu haben, bezeichnet wurde. Ein Patient, der starke Gefässerweiterung und stark erhöhte Pulsgeschwindigkeit zeigte, hatte ein solches Gefühl von Unsicherheit, dass er sich förmlich fürchtete, mit der Antwort herauszurücken.

Es fällt mir auf, wie alle diese reaktiven Gefühle ein gemeinsames plethysmographisches Zeichen darbieten — das auf Gefässerweiterung beruhende grosse Armvolumen und den grossen Pulsschlag — das ganz entgegengesetzte von dem, was wir während der Spannung sehen, die ja ihr Gepräge durch niedriges Volumen und kleinen Puls erhält. Giebt es zu diesem physiologischen Antagonismus einen entsprechenden psychologischen Gegensatz? Wundt, der derartige Fragen gerne stellt, meint,

dass der psychologische Gegensatz der Spannung in dem liegt, was er das Gefühl der Lösung, Befreiung nennt, und er giebt ferner an, dass Spannung und Lösung ganz entgegengesetzte physiologische Zeichen haben. Ich finde es nicht gerade treffend, wenn man alle diese reaktiven Gefühle als lösend, befreiend bezeichnet, dagegen scheint es mir wohl so, als ob alle ein der Spannung entgegengesetztes psychologisches Gepräge hätten. In dieser — nämlich der Spannung — ist die Aufmerksamkeit vorwärts gerichtet und stark gesammelt, während sie in den hier erwähnten reaktiven Gefühlen eher rückwärts gewendet und vor allem konfus, zerstreut, ausser Sammlung ist, gleichsam herumflackert, ohne Fuss fassen zu können. Ist in der Spannung sozusagen ein Maximum von Aufmerksamkeit, so tragen die reaktiven Gefühle das Gepräge eines entsprechenden Minimums, das sich unserer Beobachtung eher als das, was wir Abgespanntheit nennen, kund giebt. Als ein solches Abspannungsgefühl muss man auch die Lösung, Befreiung bezeichnen, ein Gefühl, das sich z. B. geltend macht, wenn die Furcht aufhört. Im Plethysmogramm prägt sich auch diese Befreiung in Form von hohem Armvolumen und grossem Pulsschlag aus.

Wundt ist der Meinung, dass es ausser Lust — Unlust auch andere diametrale Gegensätze auf dem Gebiete des Gefühlslebens giebt; als solche erwähnt er Spannung — Lösung und Erregung — Beruhigung resp. Depression. Unter Erregung versteht man zunächst eine gewisse Unruhe und Gereiztheit des Gemütes, wie sie in den Gefühlen von Zorn, Hitzigkeit, Verbitterung, aber auch bei Munterkeit, Aufgeräumtheit, Jubel vorliegt. Das am ausgesprochensten depressive, niederdrückende Gefühl ist dagegen die Sorge, aber wir finden auch einen analogen bedrückenden Faktor in dem lähmenden Schreck. Der Gegensatz zwischen Erregung und Depression kann vielleicht am besten als Gegensatz zwischen dem Gefühl von innerer Bewegung und innerer Leere (Tod) ausgedrückt werden.

Wundt charakterisiert den plethysmographischen Unterschied bei den inneren Zuständen, die durch Erregung und Depression ihr Gepräge erhalten, als einen Unterschied zwischen grossen und kleinen Pulsen; dagegen spricht er sich nicht darüber aus, wie es sich mit der Häufigkeit der Herzschläge verhält. Ohne Zweifel ist es doch in erster Linie die Häufigkeit der Herzschläge, die für jeden mit Erregung verbundenen Affekt charakteristisch ist, während es andererseits gelang, eine Abnahme der Pulsgeschwindigkeit jedenfalls bei dem plötzlichen Erschrecken nachzuweisen, das ja, wie erwähnt, als Gefühl von Lähmung, von innerem Stillestehen erscheint. Bei krankhaften Verstimmungen, die das Gepräge reiner Depression tragen, ist der Puls immer langsam, wogegen derselbe

frequent wird, sobald ängstliche Erregung dazu kommt. Ich möchte an dieser Stelle auch an die stark erhöhte Pulsfrequenz, sowohl bei freudiger, wie auch bei ängstlicher und zorniger Erregung erinnern.

Nach Wundt sollte man sich, wie erwähnt, die verschiedenen Affekte auf folgenden Gefühlsrichtungen aufgebaut denken können: Lust — Unlust, Spannung — Lösung und Erregung — Depression. Die Furcht wäre da z. B. als eine mit Unlust und Erregung verbundene Spannung zu bezeichnen, und die plethysmographischen Zeichen dafür sollten folglich eine Verbindung von Unlust-, Erregungs- und Spannungsreaktionen werden.

Es scheint mir, als ob diese auf physiologische und psychologische Betrachtungen gegründete Auffassung viel für sich habe. So kann unter anderem auch angeführt werden, dass es nach Versuchen von Oskar Vogt scheint, als ob die Atmung und der Plantarreflex Abweichungen von der Norm in diametral entgegengesetzter Richtung bei Erregung und Depression zeigten.

Bei der Lösung solcher Affekte, die mit Spannung und grosser Erregung verbunden waren, tritt Thränenerguss ein, und die Thränen fliessen um so reichlicher, je mehr die sich lösende Gemütsbewegung auch das Gepräge der Unlust trug.

Ich könnte noch viel über die Bedeutung von plethysmographischen Untersuchungen an Geisteskranken sagen, aber ich will hier nur einen Punkt berühren. Ich denke an ihren Wert bei dem Verdacht von Simulation oder Dissimulation. Es soll nur ein einzelnes Beispiel angeführt werden. Ein wirklicher Paranoiker wird gewiss in Affekt geraten, wenn er z. B. seinem Todfeind gegenübergestellt wird, und dies muss sich in den Plethysmogrammen verraten, wenn mit ein wenig Nachdenken experimentiert wird. Ich habe dies Experiment mehrmals an einem Patienten wiederholt, der sich von dem Oberwärter am St. Hans-Hospital verfolgt glaubte, und das Ergebnis war in allen Fällen zweifellos. Der Betreffende wurde jedesmal sehr zornig, was übrigens auch aus seinen Aussagen leicht zu schliessen war, und das Plethysmogramm zeigte stets bedeutende Veränderungen. Zuerst sank meist das Armvolumen ein wenig, während der Puls gleichzeitig sehr rasch wurde, die allerersten Pulsschläge waren ausserdem etwas klein und zeigten auch andere Symptome von Gefässkontraktion. Nach und nach nahm dann die Häufigkeit der Pulsschläge ab, das Armvolumen nahm etwas zu und die einzelnen Pulsschläge zeigten zum Schluss die für Gefässerweiterung charakteristische Form.

Die paar frequenten Pulsschläge, die in unmittelbarem Anschluss an Eingriffe verschiedener Art auftreten, hängen wahrscheinlich mit dem

Gefühl innerer Unruhe bezw. Erregung zusammen, das häufig unsere erste Reaktion auf äussere Eindrücke, Fragen u. s. w. ist. Bei Geisteskranken ist diese initiale „Erregungsreaktion“ mit frequentem Puls und leichtem Volumanstieg, doch ohne Vergrösserung des Pulses, oft recht ausgesprochen. Als Folge davon können z. B. nach Einatmung von Ammoniak zuerst sechs bis acht Pulsschläge kommen, während welcher das Armvolumen steigt, ehe am Ende die Schmerzreaktion mit Volumabfall durchbricht.

Neuere Arbeiten über Alkoholismus.

Sammelreferat erstattet von Dr. **Hoppe** (Königsberg).

Während die Alkoholfrage in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts und darüber hinaus, wenn ich mich so ausdrücken darf, im Allgemeinen subjektiv behandelt wurde, d. h. im Grossen und Ganzen der Volksanschauung gemäss, welche durch individuelle Beobachtungen mehr oder weniger gestützt wurde, hat eigentlich erst in den letzten Jahrzehnten die exakt wissenschaftliche Forschung über den Alkoholismus begonnen. Man hat besonders von ärztlicher Seite angefangen, die Akten über den Alkohol nach allen Richtungen hin einer gründlichen Revision zu unterziehen und sich so allmählig von den Vorurteilen zu befreien, in welchen die Aerzte als Kinder ihrer Zeit und fortgerissen von der allgemeinen Strömung der Volksüberzeugung befangen waren und zum Teil noch sind. Eine emsige Thätigkeit hat sich auf dem Gebiet der Alkoholforschung entwickelt, der sich fortwährend neue Mitarbeiter zuwenden, und lawinenhaft nimmt die wissenschaftliche Litteratur über den Alkohol zu (die populäre ganz zu geschweigen), so dass sie fast unübersehbar wird. Ich kann daher hier nur die wesentlichsten und grundlegendsten Arbeiten der letzten Jahre berücksichtigen.

Eine gründliche Wandlung haben unsere Anschauungen über die physiologischen Wirkungen des Alkohols auf die geistigen Funktionen erfahren infolge von Untersuchungen, welche fast ganz das Werk der Kraepelin'schen Schule sind. Nachdem (nach einigen unwesentlichen Vorarbeiten von Exner 1875 und von Dietl und Vintschgau 1878) Kraepelin im Jahre 1892 mit seiner Arbeit „über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel“ neben anderen Stoffen den Alkohol in das Bereich seiner Untersuchungen gezogen hatte und zu ganz überraschenden Resultaten gekommen war, welche ihn veranlassten, dem Alkohol ein für allemal zu entsagen, sind die Untersuchungen in seinem Laboratorium zunächst von Fürer, Smith und Aschaffenburg fortgesetzt worden. Diese Untersuchungen ergaben bekanntlich eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit und der intellektuellen Vorgänge selbst durch geringe oder mässige Alkoholgaben, die etwa $^1/_4$ bis 1 l Bier entsprechen, neben einer Erleichterung der psychomotorischen Funktionen, resp. Verkürzung der Reaktionszeiten; sie ergaben ferner, dass eine Rauschdosis (von ca. 80 g Alkohol) nicht rasch verfliegt, sondern ihre Nachwirkung noch auf 24—36 Stunden erstreckt, und schliesslich dass, wenn ein Tagesquantum

von 70—80 g eine Woche hindurch verabreicht wird, die Minderleistung in der Alkoholzeit immer mehr zunimmt und nach Aussetzen des Alkohols seine Nachwirkungen noch nach acht Tagen nachweisbar sind.

An die Kraepelin'schen Untersuchungen aus dem Anfang der 90er Jahre, welche sich auf Auswendiglernen von Zahlenreihen, Addieren von einstelligen Zahlen, Unterscheidungs- und Wahlakte und Assoziationen erstreckten, schliessen sich aufs engste Untersuchungen von Ach über den Einfluss einmaliger Alkoholgaben (30 g) auf die Auffassungsfähigkeit an (Kraepelin: „Neue Untersuchungen über die Wirkungen des Alkohols auf psychische Vorgänge." — München. Med. Wochenschr. 1899; „Neuere Untersuchungen über die psychischen Wirkungen des Alkohols." — Internat. Monatsschr. z. Bek. d. Trinksitten 1899, H. 11, und Narciss Ach: „Ueber die Beeinflussung der Auffassungsfähigkeit durch einige Arzneimittel." — Psychol. Arbeiten, Bd. III, H. 2, 1900). Es ergab sich, dass bereits nach 10 Minuten eine erhebliche Verschlechterung der Auffassung (es mussten durch einen schmalen Spalt fortlaufende Reihen von sinnlosen Silben, sowie ein- und zweisilbige Worte, die auf einer Drehtrommel aufgedruckt waren, gelesen werden) eintrat, die sich weniger in der Steigerung der Fehler als der Auslassungen (auf mehr als das 15fache) zeigte und bei den sinnlosen Silben am meisten hervortrat, was beweist, dass die Schädigung der psychischen Leistungen um so stärker ist, je höhere Anforderungen an dieselben gestellt werden. Die Schädigung beginnt 15—20 Minuten nach der Alkoholaufnahme und ist nach 35—40 Minuten am stärksten. Je eingeübter die Thätigkeit ist, desto geringer ist die Alkoholwirkung, ohne jedoch ganz zu schwinden. Die Verlesungen unter Alkohol sind bei den sinnlosen Silben am häufigsten, auch bei den einsilbigen Wörtern viel zahlreicher als bei den zweisilbigen. Der Alkohol muss danach für den geistigen Arbeiter, der schöpferisch thätig ist, am nachteiligsten wirken, während bei sehr eingeübter Thätigkeit oder bei leicht auszuführenden mechanischen Beschäftigungen für den Augenblick eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch den Alkoholgenuss weit weniger hervortritt. — Die ganz ähnlichen Versuche Maljarewski's (Rüdin: Ueber den Einfluss des Alkohols auf Auffassung und Merkfähigkeit. — Vortr. auf der 5. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte, 16. Sept. 1900, Ref. Intern. Monatsschr. 1900, H. 11) auch mit 30 gm abs. Alkohol bestätigten die Resultate Ach's und zeigten noch, dass das Buchstabengedächtnis unter Alkohol ausserordentlich leidet und ebenso die Zuverlässigkeit der Auffassungen, welche durch das Anwachsen der Verkennungen (ein „ins Blaue hinein phantasieren") gewissermassen verdeckt wird. Rüdin selbst (ibid.) hat die Auffassung unter dem Einfluss einer Rauschdosis von 100 g Alkohol bei fünf Personen untersucht und gefunden, dass die Erschwerung der Auffassung schneller eintrat, intensiver war und länger dauerte (bei den verschiedenen Versuchspersonen 4—12 Stunden), wenn auch die Nachwirkungen auf die Auffassung nicht so lange zu konstatieren waren, als bei den Rauschversuchen Fürer's, welche sich auf Verknüpfung von Vorstellungen (Addieren und Assoziationen) bezogen. Eine sehr intensive Schädigung erlitt auch die Merkfähigkeit (Gedächtnis für frische Eindrücke), welche bei einer Versuchsperson sogar noch am folgenden Tage konstatiert werden konnte. —

Weiterhin hat Rüdin die Rauschversuche Fürer's, welche nur an einer Person angestellt waren, an vier 22—25jährigen, seit Jahren abstinenten Personen

unter den sorgfältigsten Kautelen einer Nachprüfung und Ergänzung unterzogen (E. Rüdin: Ueber die Dauer der psychischen Alkoholwirkung. Psychol. Arbeiten, Bd. IV, H. 1). Die Untersuchungszeit dauerte bei drei Personen acht, bei der vierten elf Tage, an welchen dreimal täglich je eine Stunde zehn Minuten mit zwei Pausen von je fünf Minuten gearbeitet wurde. Der Alkohol wurde als griechischer Wein in einer Gabe von $^1/_2$ l entsprechend 90—100 gm abs. Alkohol am vierten Versuchstage verabreicht. Die Wirkung zeigte grosse individuelle Verschiedenheiten hinsichtlich ihrer Richtung, Stärke und Dauer. Sie bestand im allgemeinen in einer Verlangsamung des Addierens, Erschwerung des Lernens (nur bei einer Versuchsperson war ein Einfluss auf das Addieren gar nicht, auf das Lernen nur in geringem Maasse zu konstatieren), Verkürzung der Wahlzeiten mit Vermehrung der Fehlreaktionen, endlich in einer Zunahme der vorzugsweise auf den Sprachvorstellungen beruhenden Assoziationen (Reime, Klangassoziationen, sprachliche Reminiszenzen, Identitäten), während die begrifflichen Assoziationen (bei zwei Personen) abnahmen. Die Dauer der Alkoholwirkung betrug meist 12—24 Stunden, bei den Lernversuchen zweier Personen bis zu 48 Stunden (!), eine Nachwirkung war aber beim Addieren und Lernen einer Person gar nicht zu konstatieren. Bei der Versuchsperson, die fast gar keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, sondern nur eine Erleichterung der Sprachvorstellungen zeigte, war dieselbe für die Identitäten zwölf Stunden, für die sprachlichen Reminiszenzen 36 Stunden lang zu verfolgen. Die Verkürzung der Wahlzeiten verschwand am schnellsten, worauf eine Verlängerung derselben unter Fortdauer der Fehlreaktionen eintrat. In einem Falle, wo der Versuch wiederholt wurde, war beim zweiten Versuch der Arbeitsverlust doppelt so gross, als beim ersten, worin sich die Nachwirkung der ersten Alkoholgabe zeigte. Beachtenswert ist übrigens, dass die individuelle Empfindlichkeit gegen Alkohol zu der Dauer der Enthaltsamkeit in keiner erkennbaren Beziehung stand und die weit verbreitete Meinung, die Enthaltsamkeit steigere, Gewöhnung vermindere die Empfindlichkeit gegen Alkohol, durch die Versuche durchaus nicht bestätigt wurde.

Wie die Fürer'schen Rauschversuche durch Rüdin, so sind die Versuche von Smith über die Wirkung chronischen Alkoholgenusses durch Kraepelin und Kürz nachgeprüft worden (Ernst Kürz und Emil Kraepelin: Ueber die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch regelmässigen Alkoholgenuss. — Psychol. Arbeiten 1900, Bd. IV, H. 3), wobei deren Resultate im allgemeinen bestätigt wurden. Das Tagesquantum bestand in 80 gm absol. Alkohol (entspr. 2 l Bier), welcher in Form von verdünntem Weingeist von den beiden Versuchspersonen am 7.—18. Versuchstage meist vor dem Schlafengehen genommen wurde. Geprüft wurde am Morgen nach der Alkoholaufnahme die Auffassungsfähigkeit, Addieren, Zahlenlernen und Assoziationen. Es ergab sich, dass unter dem Einfluss des Alkohols bald eine leichte Herabsetzung der Leistungen eintrat, die am achten Tage ziemlich stark wurde und nunmehr rasch (bis zu einer 25—40 prozentigen Herabsetzung der Leistungsfähigkeit) zunahm. Auch nach dem Aussetzen des Alkohols war die schädliche Wirkung nicht sofort verschwunden, die Nachwirkung liess sich bei den Assoziationen sogar durch alle fünf alkoholfreien Tage verfolgen (besonders stark waren die inneren Assoziationen betroffen). Sobald nach fünf Tagen der Alkohol wieder aufgenommen wurde, setzte sofort die Alkoholwirkung, aber mit weit grösserer

Stärke als in der ersten Alkoholzeit, ein, wie das ganz ebenso auch Smith konstatiert hatte. Das Zahlenlernen wurde stärker geschädigt als das Addieren, was wieder darauf hinweist, dass schwierigere Leistungen unter Alkohol mehr leiden als leichtere. „In dem Getriebe der alltäglichen Berufsthätigkeit kann daher die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit durch die Dauerwirkung des Alkohols längere Zeit ganz unbemerkt bleiben; sie offenbart sich in dem Versiegen selbständiger, schöpferischer Thätigkeit, im Schwinden der Eigenart, in der Unfähigkeit, grosse, verantwortungsvolle Aufgaben zu lösen.“ Das beachtenswerteste Resultat dieser Untersuchungen ist aber die Definition des Trinkers, zu welcher Kraepelin durch die Ergebnisse derselben gedrängt wird. Da eine einmalige Gabe von 80 gm Alkohol eine Nachwirkung hinterlässt, die noch nach 24 Stunden nicht ganz verschwunden ist, und da bei 24stündiger Wiederholung der Alkoholgaben allmählig eine Häufung der Wirkungen eintritt, die Kraepelin schon als die erste Andeutung des chronischen Alkoholismus bezeichnet, so muss nach Kraepelin als Trinker jeder bezeichnet werden, bei dem die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht verschwunden ist, wenn die nächste eintritt. Der regelmässige Genuss mittlerer Alkoholmengen ist also durchaus nicht gleichgiltig für die geistige Gesundheit, es „beginnt vielmehr überall dort, wo eine neue Alkoholgabe einsetzt, bevor die ziemlich langdauernde Nachwirkung der früheren geschwunden ist, mit überraschender Schnelligkeit die Entwicklung aller derjenigen Störungen, die wir unter dem Namen chronischer Alkoholismus zusammenfassen“. Es würde danach der grösste Teil unserer Männer als chronische Alkoholisten zu bezeichnen sein. Und da bei längerer Alkoholzeit trotz strenger völliger Enthaltsamkeit zunächst noch eine grosse Empfindlichkeit gegen den Alkohol zurückbleibt, indem die Giftwirkung nun rascher und stärker hervortritt, als im Anfang (als Rest einer Dauerwirkung, die sich in schwereren Fällen vielleicht nie ganz ausgleicht), so liegt hierin der wissenschaftliche Grund für die allgemein anerkannte Forderung, dass der Trinker völlige Enthaltsamkeit üben muss, wenn er dauernd geheilt sein soll.

Diesen Laboratoriumsversuchen gegenüber hat J. Joss, Konrektor des Ev. Seminars in Bern, in Verhältnissen, welche sich mehr denen des praktischen Lebens nähern, die Wirkung des Alkohols auf die geistige Leistungsfähigkeit in der ersten Stunde nach der Aufnahme zu prüfen unternommen (J. Joss: Steigert oder hemmt der Genuss von Alkohol die geistige Leistungsfähigkeit? — Intern. Monatsschr. zur Bek. der Trinksitten, 1900, Heft 12), indem er mit sechs abstinenten und zwölf nicht abstinenten Seminaristen, die er in zwei ziemlich ebenbürtige Gruppen (sechs Abstinenten und zwei Trinker die eine, acht Trinker die andere) teilte, ein Wettkopfrechnen mit angewandten Aufgaben aus dem bürgerlichen Leben veranstaltete, welche ziemlich alle Geisteskräfte (Aufmerksamkeit, Auffassung, Gedächtnis, Kombinationsvermögen, Verstand und Scharfsinn) in Anspruch nahmen. Jeder Teilnehmer an dem Wettkampf hatte in 16 Versuchen 40 Aufgaben, im ganzen also 640 Aufgaben zu lösen. Während der erste, fünfte und zehnte Versuch bei beiden Gruppen ohne Alkohol ausgeführt wurde, um die normale Leistungsfähigkeit festzustellen und die richtige Gruppierung zu kontrollieren, wurde in den 13 übrigen Versuchen die zweite Gruppe unter Alkohol gestellt (1—3 Deziliter Wein von 10 vol. proc. resp. 3—10 Deziliter Bier von 4,5 vol. proc., also 10—45 gm abs. Alkohol)

und in sieben Versuchen sofort und in je zwei nach ein resp. zwei und drei Stunden die Leistungsfähigkeit untersucht. Es ergab sich, dass der Alkohol bei der „Trinkergruppe" zunächst eine Steigerung der Leistungsfähigkeit bewirkte, im Durchschnitt um 2,3 % resp. 5,7 %; aber bald ändert sich das Bild zu Ungunsten der „Trinkergruppe", indem dieselbe nach einer Stunde eine Minderleistung von 4,5 %, nach zwei Stunden von 10,9 %, nach drei Stunden von 12,5 % aufwies, und zwar ging die Minderleistung der aufgenommenen Alkoholmenge parallel. Im Durchschnitt der eigentlichen Wettkämpfe (mit entsprechenden Alkoholmengen) betrug die Minderleistung 5,3 %, wozu noch nicht näher kontrollierte üble Folgen. Abgespanntheit, Urteilsschwäche, Eingenommenheit des Kopfes in der nächsten Arbeitsstunde kamen.

In dieselbe Richtung fallen die Untersuchungen, welche Moritz Kende („Der Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem", Wiener med. Wochensch. 1899, Nr. 62, 1900 Nr. 1, 2, 3) bei 25 Kindern im Alter von 6—15 Jahren angestellt hat, um die Wirkung kleiner Alkoholmengen (je nach dem Alter $^1/_2$—2 Deziliter Wein) auf Intellekt und Charakter zu studieren. Er teilte die Kinder nach ihrem Alter in vier Gruppen, in deren jeder ein bis drei geistig minder begabte Kinder zur Kontrolle nüchtern blieben, und prüfte die geistigen Leistungen $^1/_4$—$^3/_4$ Stunden nach der Alkoholaufnahme. Gleich nach der Alkoholaufnahme zeigten sich die Kinder lebhafter, unternehmender, lasen schneller, führten eine bilderreichere Sprache und machten leichtere Rechnungen in kürzerer Zeit, während sie bei schwereren fast durchgehends Fehler aufwiesen. Keinem Kinde fiel es ein, nachzurechnen, was sie im nüchternen Zustande zu thun nie verabsäumten. Ebenso zeigte sich das Auswendiglernen erschwert; die Kinder beachteten nicht, wenn sie durch Verwechslung klangähnlicher Worte sinnloses Zeug aufsagten. Die Charakterwirkungen äusserten sich in Unfolgsamkeit, Keckheit, Waghalsigkeit, Lachen, Uebermut, Neigung zu mutwilligen Streichen.

Zeigen diese Versuche in Bestätigung der Laboratoriumsversuche von Kraepelin, Ach und Maljarewski die Einwirkung gelegentlicher mässiger Alkoholgaben auf die Leistungsfähigkeit der Schüler, so bilden die Resultate einer Untersuchung, welche Direktor Emanuel Beyer über den Einfluss regelmässigen Alkoholgenusses auf die Unterrichtserfolge angestellt hat (Em. Beyer: Einfluss des Alkoholgenusses der Schuljugend auf den Unterrichtserfolg. — Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1899, Nr. 8 und 9) ein Seitenstück zu den Untersuchungen von Smith, Kürz und Kraepelin über die chronische Alkoholwirkung. Von 138 Schülern einer Wiener Volksschule, die keine alkoholischen Getränke genossen hatten, hatten 41,8 % die Note gut und nur 9 % die Note ungenügend, von 164 Schülern, die ausnahmsweise alkoholische Getränke genossen, 34,1 % die Note gut, 9,1 % die Note ungenügend, von 219 Schülern, die regelmässig täglich einmal Bier etc. bekommen, nur 27,8 % die Note gut und 13,7 % die Note ungenügend, von 71 Schülern, die täglich zweimal Bier etc. bekommen, 24,5 % die Note gut, 18,3 % die Note ungenügend und von drei Schülern, die täglich dreimal alkohol. Getränke bekommen, einer die Note genügend und zwei ungenügend. Je regelmässiger und häufiger also der Alkoholgenuss, desto schlechter die Leistungen. Aehnliche Ergebnisse hatten Beyer's Erhebungen „über den Alkoholgenuss der Schulkinder in der allgemeinen Volksschule Copernikusgasse in Wien" (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1901,

Nr. 4 u. 5), welche aus Anlass des Antialkoholkongresses in Wien angestellt worden waren, und Franziskus Hänel bei Bearbeitung einer umfassenden Rundfrage, welche Herbst 1889 vom „deutschen Verein abstinenter Lehrer" an Lehrer und Lehrerinnen in den verschiedensten Teilen Deutschlands verschickt und von 140 Lehrern (7338 Kinder) beantwortet worden war. Es ergab sich, dass ein grosser Prozentsatz schulpflichtiger Kinder infolge der Trinkanschauungen der Gegenwart alkoholische Getränke geniesst, und dass diese Kinder meist körperlich schwächlich und wenig leistungsfähig, zerstreut, schläfrig, unlustig waren, während diejenigen Kinder, welche alkoholische Getränke noch nie kennen gelernt hatten, nicht nur körperlich den besten Eindruck machten, sondern auch geistig am regsten waren. Es stimmen diese Massenbeobachtungen völlig überein mit denen, welche Demme bereits vor zehn Jahren aus seiner Praxis in Bern veröffentlicht hat.

Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Sinne liegt nur eine neuere Untersuchung von J. H. Kellog (Experimental inquiries respecting the physiological effect of alcohol. — Med. Temper. Review 1900, H. 2) vor. Dieselbe richtete sich speziell auf die Einwirkung von Alkohol (60 gm Whisky) auf den Gefühlssinn und zeigte, dass die Zeit, welche bis zur Wahrnehmung von Berührungen und von Temperaturqualitäten vorgeht, nach der Alkoholaufnahme mehr als verdoppelt wird.

Zu den Untersuchungen über die Einwirkungen des Alkohols auf motorische Vorgänge leitet eine Arbeit von Martin Mayer aus dem Kraepelin'schen Laboratorium über. (Ueber die Beeinflussung der Schrift durch den Alkohol, Psychol. Arbeiten 1901, Bd. 3, H. 4.) Mayer hat an sich selbst mit Gaben von 30 gm und 60 gm Alkohol experimentiert. Auf den Schreibweg übt der Alkohol keinen sichtlichen Einfluss aus. Die Schreibdauer und die Schreibgeschwindigkeit oder Millimeterzeit (= Schreibdauer: Schreibweg) wurde durch Alkohol (schon nach fünf Minuten) entschieden verlängert, die Schreibbewegung dementsprechend, namentlich bei grösseren Gaben, deutlich verlangsamt. Am geringsten ist diese Wirkung bei den leichtesten Aufgaben (Buchstabenschreiben). Der Schreibdruck (rein motorische Leistung) nimmt im Beginn des Versuches bei kleinen Gaben zu, um im weiteren Verlauf abzunehmen, was bei grösseren von vornherein der Fall ist. Eine Nachwirkung zeigte sich insofern, als am nächsten Morgen die Schreibgeschwindigkeit noch vermindert war.

Was die eigentliche Einwirkung des Alkohols auf die Muskelkraft betrifft, so war Frey bekanntlich 1896 bei Untersuchungen mit dem Ergographen zu dem überraschenden Resultat gekommen, dass der Alkohol in geringen Dosen (30 gm Whisky) die Leistungsfähigkeit des nicht ermüdeten Muskels herabsetze, die des ermüdeten Muskels aber steigere, was er damit zu erklären versucht hatte, dass der nicht ermüdete Muskel nur ein bestimmtes Arbeitsmaximum zu leisten imstande sei, welches auch durch Zufuhr von Brennmaterial (Alkohol) nicht gesteigert werden könne, während der Alkohol dem ermüdeten Muskel neue Spannkräfte zuführe. Eine Nachprüfung von Destrée (Monatsschrift für Psych. 1898) hatte aber ergeben, dass sowohl der ermüdete als der nicht ermüdete Muskel nach einer kurzen Steigerung der Leistung unmittelbar nach der Alkoholaufnahme eine Verminderung erfahren, welche die anfängliche Steigerung bei weitem übertrifft. Auch Heck konnte bei Versuchen am M. ab-

ductor indicis eine Steigerung der Leistungsfähigkeit des ermüdeten Muskels durch Alkoholaufnahme (125 gm Weisswein) nicht finden, sondern die Leistungen nahmen auch nach der Alkoholaufnahme weiter ab (K. Heck: Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung. — Würzburger Dissertation 1889 und Schenk: Ueber den Einfluss des Alkohols auf den ermüdeten Muskel. — Alkoholismus, Bd. 1, Heft 1). Eine anderweitige Nachprüfuug von de Boeck und Gunzburg (De l'influence de l'alcool sur le travail du muscle fatigué — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, Sept. 1899) ist von geringerem Wert, da sie einmal nicht mit dem Ergographen, sondern mit dem wenig exakten Dynamometer, und dann an Alkoholikern vorgenommen worden ist. Die Resultate, welche bei den verschiedenen Individuen ausserordentlich variierten (bei einzelnen war die Wirkung des Alkohols nur wenig ausgesprochen, bei andern zeigte sich eine Steigerung, bei wieder anderen eine Herabsetzung der Leistung), sind daher kaum verwertbar. Deladrier (De l'influence de l'alcool sur le travail musculaire. — Journal méd. de Bruxelles 1899, Nr. 4) hat auch nur mit dem Dynamometer gearbeitet und bei seinen Untersuchungen, die sich zunächst nur auf den ausgeruhten Muskel erstreckten, eine lähmende Wirkung des Alkohols auf denselben gefunden, welche sich aber erst 20—30 Minuten nach der Alkoholverabreichung geltend machte, um nach Verlauf einer Stunde wieder zu verschwinden. Interessant ist übrigens, dass die lähmende Wirkung bei psychisch Minderwertigen und bei Leuten, die kurz nach der akuten Alkoholvergiftung untersucht wurden, früher eintrat, was auch durchaus nicht für die grössere Alkoholresistenz der an Alkohol Gewöhnten spricht. — Eine sehr sorgfältige Prüfung hat die Frage in den letzten Jahren wiederum im Kraepelinschen Laboratorium erfahren (Kraepelin: Neuere Untersuchungen über die psychischen Wirkungen des Alkohols. Intern. Monatsschrift 1899, H. 11, und Alexis Oseretzkowski und Emil Kraepelin: Ueber die Beeinflussung der Muskelleistungen durch verschiedene Arbeitsbedingungen. — Psychol. Arbeiten 1901, Bd. III, H. 4). Oseretzkowski und Glück fanden übereinstimmend bei Gaben von 15—50 gm. abs. Alkohol im allgemeinen eine erhebliche, aber nicht lange andauernde Steigerung der Muskelleistung; dieses Resultat war aber nur durch Vermehrung der Zahl der Hebungen hervorgebracht, während die Hubhöhe von Anfang an verringert wurde. Dasselbe Ergebnis zeigten auch Experimente, welche Moskiewicz 1899 mit 30 g Alkohol angestellt hat. Die Verbesserung der Leistung durch den Alkohol führt Kraepelin auf eine erleichterte Auslösung der Willensantriebe zurück, der wir bereits bei den psychischen Leistungen als Alkoholwirkung begegnet sind, während die Muskelkraft selbst herabgesetzt wird. Die Dauer der psychomotorischen Erregung scheint von der Grösse der Dosis abhängig zu sein, indem bei kleinen Gaben die erregende Wirkung auf die Bewegungszentren länger anhält, als bei grossen. Dieser erregenden Wirkung steht die lähmende auf den Muskel selbst gegenüber, und je nach der Stärke der einen und der andern ist der Ausfall der schliesslichen Leistung. Nach Glück, welcher noch den Einfluss des Alkohols bei verschiedenen Ermüdungsgraden studiert hat, wirkt der Alkohol auf den ermüdeten Muskel weit deletärer, als auf den nicht ermüdeten. Während die anfängliche Steigerung der Leistungen beim nicht ermüdeten Muskel erst nach zehn Minuten zum grossen Teil verschwunden ist, die Leistungen aber immer noch etwas über der Norm bleiben, ist sie bei angestrengter Arbeit bereits nach vier Minuten völlig

geschwunden, um sich nunmehr in das Gegenteil zu verkehren, so dass nach $^3/_4$—1 Stunde die Leistungen um die Hälfte gegenüber der Norm verringert sind; in einem Fall liess sich die Herabsetzung der Leistung zehn Stunden lang verfolgen. Gestützt werden diese Ergebnisse durch Versuche, die M. H. Guilbert in Toulouse an sich selbst angestellt hat (L'alcool et les vrais producteurs de force. — VII Congrès internat. contre l'abus des boissons alcooliques 1899, Bd. II, S. 4), indem er in jedem Versuche mit Ruhepausen von nur zwei Minuten bis zur Erschöpfung arbeitete. Nahm er dann Alkohol, so wurden die Leistungen bedeutend geringer, als wenn er gar nichts oder Wasser trank (während Kola und Bouillon die Leistungen fast ums doppelte hob), und die Minderleistung war noch am nächsten Tage zu konstatieren (über die Höhe der Dosis ist leider nichts angegeben).

Dass die anfängliche Steigerung der Muskelarbeit, welche auch J. C. Th. Scheffer (De invloed van alcool op spienarbeit. Tydschrift for geneesk, 1895 Nr. 25; Studien über den Einfluss des Alkohols auf die Muskelarbeit. Arch. für experim. Pathologie u. Pharmakologie 1900, Bd. 34) sowohl bei Versuchen an sich selbst nach Gaben von 10 gm Alkohol als an den Gastrocnemii von Fröschen gefunden hat, auf einer anfänglichen Erhöhung der Erregbarkeit des Nervensystems beruht, nimmt auch Scheffer auf Grund der Beobachtungen an, da nach Ausschaltung des motorischen Nervenapparates durch die lähmende Kurarewirkung die anfängliche Steigerung der Leistung nicht nachweisbar ist, sondern sofort eine Ermüdigung derselben eintritt. Der Alkohol wirkt nach Scheffer auf die Muskeln durch Vermittelung des motorischen Nervensystems; indem er die Erregbarkeit desselben zuerst erhöht, dann erniedrigt, wird die Muskelarbeit zuerst vermehrt und nachher herabgesetzt (ein Resultat, welches schon frühere Untersuchungen von Weller, Gad und Wergo ergeben haben). Die Ansicht, dass die anfängliche Zunahme der Arbeitsleistung auf einer Betäubung des Ermüdungsgefühls beruhe, bekämpft sowohl Kraepelin als Scheffer.

Alles in allem haben die zahlreichen Nachprüfungen der seinerzeit mit so grossem Triumph in die Welt hinausposaunten Angaben Frey's über die kraftsteigernde Wirkung des Alkohols auf den ermüdeten Muskel sich als unhaltbar erwiesen. Wie kam aber Frey zu seinen verschiedenen Resultaten beim ermüdeten und nicht ermüdeten Muskel? Wie Kraepelin u. A. nachgewiesen haben, erklärt sich das ganz einfach dadurch, dass Frey beim ermüdeten Muskel nach drei Minuten in der ersten Phase der (erregenden) Alkoholwirkung untersucht und so den steigernden Effekt gefunden hat, während er den nicht ermüdeten Muskel nach 10 bis 20 Minuten, also in der zweiten Phase der „lähmenden" Alkoholwirkung, untersuchte. Uebrigens bezweifeln Kraepelin und Oseretzkowsky, ob in den Versuchen von Frey nach der Zeichnung einiger weniger Kurven wirklich schon ein erheblicher Grad von Muskelermüdung vorlag. Kraepelin fasst die Untersuchungen über die Wirkungen des Alkohols auf die Muskelarbeit in folgenden wichtigen Sätzen zusammen:

„Schwere Arbeit wird durch Alkohol nicht erleichtert, sondern erschwert. Gerade der Arbeiter, der seinen Lebensunterhalt durch die Kraftleistung seiner Arme gewinnt, zerstört durch den Alkoholgenuss die Quelle seiner Arbeit am gründlichsten."

Der Alkohol wirkt also nicht dynamogen für den Muskelapparat. Chauveau hat dies auch auf anderem Wege durch Respirationsversuche am Hunde erwiesen (La production de la travaille musculaire utilise-t-elle comme potentiel énergétique l'alcool substitué à une parte de la ration alimentaire? Comt. rend., Bd. 132, Nr. 2 und Alcool et travail musculaire. Académie des sciences, 21 Jan 1901). Die Arbeitsleistung bestand darin, dass der Hund ein bis zwei Stunden in einem Apparat laufen musste. In der Nahrung wurde nun bei den Alkoholversuchen von den 252 gm Rohrzucker 84 gm durch die isodyname Menge Alkohol ersetzt. Es ergab sich, dass das Tier, welches während der alkoholfreien Zeit (54 Tage) täglich 24 km zurückgelegt und 1,245 kg an Körpergewicht zugenommen hat, in der Alkoholperiode (27 Tage) täglich nur 18,6 km zurücklegte und im Ganzen 115 g an Körpergewicht verlor; ähnliche Resultate zeigten sich auch bei schnellerer Aufeinanderfolge kürzerer Perioden. Die Feststellung der Respirationsquotienten zeigte, dass der Alkohol weder bei der Arbeit noch in der Ruhe wesentlich als Energiequelle für den Muskel in Betracht kommt. — Eine indirekte Bestätigung dieses Satzes liefern auch die zahlreichen Versuche über den Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel, welche hier nicht im einzelnen besprochen werden sollen, zumal sie jüngst von Rudolf Rosemann in einer sehr ausführlichen Arbeit zusammengestellt worden sind (Arch. f. d. ges. Physiologie, Bd. 86, 1901, 307—503). Nach einigen Tagen der Gewöhnung an die eiweissschädigende Wirkung des Alkohols kann der Alkohol eiweisssparend wirken, doch scheinen einige Versuche dafür zu sprechen, dass diese Wirkung auch bei gesunden Individuen nicht immer eintritt. Kassowitz jedoch beweist in einer ausführlichen Abhandlung (Nahrung und Gift. — Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiologie, Bd. 90, 1902, S. 421—460), in der er sich besonders auf die Ergebnisse von Chauveau stützt, dass der Alkohol nie eiweisssparend wirken kann und dass die, Eiweisssparung vortäuschende Stickstoffretention auf Bindegewebswucherung beruht. (Fortsetzung folgt.)

II. Bibliographie.

H. Obersteiner: Arbeiten aus dem neurologischen Institut an der Wiener Universität. VIII. Heft. 6 Tafeln. 71 Abbildungen im Text. F. Deuticke, 1901. Referent: Cassirer.

Die einzelnen Arbeiten sind:

CXXI) **Obersteiner:** Ein porencephalisches Gehirn, p. 1—66.

Obersteiner berichtet über eine genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung eines porencephalischen Gehirns. Dasselbe entstammt einem fünfmonatlichen Kinde mit kongenitalem Hydrocephalus, das nach wiederholten Punktionen an akuter Meningitis starb. Zwei Tafeln und 23 Abbildungen dienen dazu, die anatomischen Verhältnisse klar zu legen und die wichtigen Untersuchungsergebnisse des Falles zu demonstrieren. Es handelt sich um eine echte Porencephalie mit bis in den Ventrikel reichenden Defekt, die beiderseits nahezu symmetrisch, wie gewöhnlich, die mittleren Teile der Hemisphären betraf; deutlich kenntlich sind Temporal- und Occipitallappen, vom Stirnlappen

sind nur die basalen, vom Scheitellappen nur Randwindungen erhalten. Eine radiäre Stellung der Windungen gegen den Porus hin war kaum deutlich ausgesprochen; jedenfalls ist, wie Obersteiner in Uebereinstimmung mit Kahlden feststellt, die Radiärstellung nicht für den foetalen Ursprung der Porencephalie charakteristisch. — Die Arachnoidea spannte sich lückenlos über den Porus weg, die Pia endigt in der Gegend des Porus frei; über sie senkt sich vorhangartig nach aussen herab eine Fortsetzung des Ventrikelependyms. Das Ependym der Seitenventrikel zeigt zahlreiche trichterförmige Einsenkungen in die Tiefe. Das nur links gut ausgebildete Unterhorn ist vielfach obliteriert, der dritte Ventrikel ist teilweise durch einen gliösen Zapfen verstopft, am Aquaeductus Sylvii und dem vierten Ventrikel finden sich mannigfache Abschnürungen. — Durch den vollständigen Mangel der rechtsseitigen Sehbahnen erhält man wichtige Aufschlüsse über den zentralen Sehapparat; über die Endigung der Optikusfasern resp. den Beginn der kortikalen Sehfasern lehrt der Fall folgendes: Hauptendigungsstätte der erstgenannten Fasern ist das Corp. geniculat. lat. Dem Pulvinar kommt vielleicht eine gewisse Bedeutung zu, das Stratum zonale thalami ist nur teilweise beteiligt. Im vorderen Vierhügel enthält das Stratum zonale jedenfalls noch zahlreiche andere Fasern, das oberflächliche Grau ist hier das wichtigste optische Centrum; dazu kommt die weisse Optikusschicht, die aber noch andere Fasern beherbergt. Das Ganglion supraopticum besitzt keine direkten Beziehungen zur Sehbahn.

Die zentrale Hörbahn ist ebenfalls schwer lädiert. Der Fall bestätigt die Anschauung, dass Temporallappen, Corpus genicul. mediale, Arm des hinteren Vierhügels und hinterer Vierhügel zur zentralen Hörbahn gehören. Während aber bei der Sehbahn sich die Degeneration über die primären Ganglien hinaus bis in den Nervus opticus erstreckte, blieb laterale Schleife etc. verschont, eine auch sonst konstatierte bemerkenswerte Differenz. Die Stabkranzfaserung ist naturgemäss schwer geschädigt. Von weiteren Bahnen fehlen u. a. die Pyramiden vollkommen. Von den Basalganglien sind vorhanden, aber deformiert, Linsen- und Schwanzkern. Der Balken fehlt ganz.

Das Gehirn zeigt Mikrogyrieen, aber nur innere Mikrogyrieen, d. h. solche, die nicht an die Oberfläche treten. Daneben fand sich auch Heterotopie der grauen Substanz.

Die Pathogenese der Porencephalie ist nicht immer eine einheitliche; die seines Falles erklärt Verf. folgendermassen: Hydrocephalische Erweiterung der Ventrikel mit Zerstörung des Septum und eines Teils des Fornix. Compression und allmähliche Undurchgängigkeit der Ausbreitungen der A. cerebri media, hauptsächlich oberhalb der Inselgegend, aufgehobene Weiterentwicklung und Schrumpfung der von den verödenden Gefässen versorgten Hirnteile. Durchbruch des Hydrocephalus an diesen verdünnten Stellen. Abnormes Wachstum der dem Porus benachbarten Windungen in der Form innerer Mikrogyrie und Wucherung des Ependyms, besonders vom dritten Ventrikel abwärts bis zum Calamus scriptorius. Dieser Entstehungsmodus gilt aber nur für die im frühen intrauterinen Leben entstandenen mit Hydrocephalus verbundenen Porencephalieen.

CXXII) **Sysuta Nose**: Zur Struktur der Dura mater cerebri des Menschen. p. 67.

Es wurden dreissig Durae matres von an verschiedenen Krankheiten

verstorbenen Individuen untersucht, und zwar systematisch stets Stückchen aus verschiedenen Stellen der Dura. Das parietale Blatt trägt als äusserste Schicht eine Pseudoepithelschicht, die aus modifizierten Bindegewebszellen besteht: grosskernige Zellen mit relativ reichem Protoplasma, von annähernd rechteckiger Form. Darauf folgt eine Elastica, die auch schon bei jugendlichen Individuen, wenn auch in geringerer Stärke, nachweisbar ist; ein Flechtwerk feinerer elastischer Fasern erstreckt sich auch weiter in das Gewebe hinein, das sonst aus derben, fibrösen, lamellär angeordneten Bindegewebsfasern besteht; die Fasern werden mit zunehmendem Alter immer breiter; sie sind in zwei Schichten angeordnet (parietales und viscerales Blatt). Zwischen ihnen finden sich Spaltbildungen, Lakunen, teils einfach spindelförmig, teils rundlich, letztere mit einem aus dichteren Bindegewebsfasern ausgekleideten Häutchen, während die spindelförmigen anscheinend nur durch Auseinanderweichen der Schichten des Gewebes bedingt sind. Ihre Bedeutung ist unbekannt. In fast allen Häuten mit einer Ausnahme fanden sich frische, ziemlich reichliche Blutungen, besonders, aber nicht ausschliesslich in der Nähe der Gefässe. Das Gewebe um diese Stellen herum ist normal. Auch über die Natur dieser so regelmässigen Blutungen ist nichts Sicheres auszusagen. Die Dura ist sehr gefässreich, auch Nerven sind zahlreich vorhanden, und zwar nicht nur Gefässnerven, sondern nervi proprii der Dura; ferner finden sich, wie bekannt, regelmässig Pacchionische Granulationen, und im höheren Alter (zuerst bei einem 39jährigen Manne) Sandkörper.

CXXIII) **Schlagenhaufer**: Ein intradurales Endotheliom im Bereich der obersten Halssegmente. p. 88.

Bei einer Frau, die intra vitam die Zeichen einer hochgradigen Kompression des oberen Halsmarks dargeboten hatte, ergiebt die Sektion als Ursache ein psammöses Endotheliom der Dura in der Höhe des Foramen magnum, mit hochgradiger Abplattung des Rückenmarks, und an der Druckstelle die Zeichen der Kompressionsmyelitis. Dagegen fehlen sehr auffallenderweise auf- und absteigende Degenerationen. (Untersuchung nach Marchi und Weigert-Pal.)

CXXIV) **Steindler**: Zur Kenntnis des hinteren Marksegels. p. 93.

Genaue Beschreibung der Topographie und des Baues des hinteren Marksegels beim Menschen und verschiedenen Tieren.

CXXV) **Marburg**: Zur Pathologie der Spinalganglienzellen. p. 103.

Es wurden von 47 teils an nervösen, teils auch an nicht nervösen Krankheiten verstorbenen Personen die Spinalganglien nach den verschiedenen Methoden untersucht. Verf. berichtet ausführlich über seine Forschungsergebnisse, von denen die wichtigsten die folgenden sind: Was den Kern betrifft, so fand sich als häufigste Veränderung eine akute Homogenisierung mit Atrophie, oder wie Marburg zu sagen vorzieht, eine homogene Kernschrumpfung, da die Prozesse, bei denen sich dieser Zustand des Kerns findet, nicht immer akute sein müssen und das letzte Ende nicht eine Atrophie sein muss. Diese Veränderung ist nur dann als sicher pathologisch aufzufassen, wenn sie sich in auch sonst pathologisch veränderten Zellen findet. Sonst ist sie vielleicht der Ausdruck jenes Zustandes, der als pyknomorph bezeichnet wird, und der Zellruhe entsprechen soll, meist aber der der Fäulnis. Soweit er pathologisch ist, scheint er in den ersten Stadien einer Regeneration fähig zu sein, in den letzten ist

er für schwerste Zellerkrankung charakteristisch. Die Wandstellung des Kerns scheint immer pathologisch zu sein und mit Regenerationsvorgängen in Verbindung zu stehen. Gelegentlich fanden sich bei einem Typhus- und einem Masernfall je eine Zelle mit zwei Kernen; es sind das sicher kongenitale Abnormitäten, für die Pathologie sind sie ohne Bedeutung, ebenso wie Zellkolonien in einer Kapsel, die gelegentlich vorkommen. Im Zellleib der Spinalganglienzellen finden sich mannigfache Zellveränderungen, deren vereinzeltes Auftreten in dem normaler Weise vorkommenden Zugrundegehen einzelner Zellen eine völlig ausreichende Erklärung findet; nur das gehäufte Auftreten der Zellläsionen bedeutet eine schwere Schädigung der Ganglienzellen. Nach der Art der Degeneration sind zu unterscheiden die axonale Degeneration, die in einer typischen Disgregation der Nisslkörper ihren Ausdruck findet und in ihren verschiedenen Stadien am deutlichsten bei experimenteller Läsion des Nervenfortsatzes gesehen wurde. Sie wird aber auch bei toxischen und andern Prozessen beim Menschen (Delirium tremens, Syringomyelie, Tetanie, progr. Paralyse u. s. w.) gefunden, so dass sie wohl auch der Ausdruck primärer Zellläsion sein kann. Weitere Degenerationsformen sind die Pyknose, die von dem pyknomorphen und chromatophilen Zustande der Zellen unterschieden werden muss; ausserdem ist wichtig zu wissen, dass besonders die Fäulnis ähnliches produziert. Artefakt ist auch die Randvakuolisation, während innere Vakuolen als Ausdruck einer fettigen Umwandlung anzusehen sind und als wabig-vacuoläre Degeneration neben einer fettig pigmentären Degeneration die Zahl der beobachteten Degenerationsformen abschliessen. Eine Tabelle zeigt, dass wenigstens bei dem Material des Verfassers, das in dieser Richtung zwanzig Fälle umfasst, von einer spezifischen Beziehung der einzelnen Degenerationsformen zu bestimmten Erkrankungen nicht die Rede ist.

Im Spinalganglion gehen die reparatorischen Vorgänge vom Bindegewebe und den Kapselendothelien aus. Ueberall da, wo schwere Zellveränderungen eintreten, tritt sekundär eine Wucherung des Kapselendothels auf, wodurch die Resorption der zu Grunde gegangenen Zellen besorgt wird (sekundäre Neuronophagie). Primär kommt eine solche Zellwucherung als erstes Symptom der Entzündung vor; zur Endothelvermehrung kommt Leucocyteninfiltration (primäre Neuronophagie), die z. B. beim Zoster beträchtlich sein kann, während sie in einem Fall von Croup z. B. gegen die Endothelwucherung zurücktrat. Das Vorkommen primärer Neuronophagie beweist stets eine schwere Ganglienalteration.

Die Nervenfasern sind sehr schwer zu beurteilen; die normalen Verhältnisse sind ungenügend bekannt, die hauptsächlich zur Anwendung kommende Methode lässt oft im Stich. Die von andern Autoren mehrfach beschriebenen Fasernetze und Körbe wurden auch vom Verf. gesehen; dass ihr Zugrundegehen nicht, wie das angenommen wurde, für die Tabes charakteristisch ist, wird gezeigt. Ueberhaupt sind die Veränderungen des Ganglions, die sich bei der Tabes finden, als sekundäre aufzufassen. Akute Degeneration der Nervenfasern kommt in den späteren Stadien des Zoster sicher vor. Sehr interessant und neu ist das, was Verf. über Cystenbildung im Spinalganglion sagt: Er fand sie in vier Fällen, dreimal solitär in nur je einem Ganglion, einmal multipel in allen untersuchten Ganglien. Den Inhalt der Cysten bildet eine klare Flüssigkeit, Detritus, Fettkörnchenzellen u. s. w., die Wand ist das verdickte Bindegewebsgerüst des Ganglions. Die Ursache der Cystenbildung ist in der Blutung und Erweichung zu finden.

Der ausgedehnten Darstellung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse, bei der mehrfach die Schwierigkeit der Untersuchung und Deutung hervorgehoben und der Vergleich mit „normalen“ Verhältnissen als notwendig und oft vernachlässigt betont wird, folgen „physiologisch-klinische Bemerkungen“, die sich insbesondere mit der Rolle, die die Spinalganglien bei der Trophik spielen, beschäftigen. Dieser Teil der Arbeit ist allzu aphoristisch gehalten; auf diese Weise kann man der auch vom Verf. betonten Schwierigkeit des Gegenstandes nicht gerecht werden. Die anatomischen Untersuchungen des Verf. stellen demgegenüber eine wertvolle Grundlage der Forschung dar, auf der weiter gearbeitet werden kann.

CXXVI) **v. Frankl-Hochwart**: Zur Kenntnis der Anatomie des Gehirns der Blindmaus. (Spalax typhlus.) p. 190.

Die Blindmaus hat keine Lidspalte, das Auge ist vollkommen rudimentär, der Sehstiel erweist sich frei von markhaltigen Fasern; an der Gehirnbasis findet sich kein Sehnerv; an der Stelle des Optikus zeigt sich eine kleine weisse Kommissur (Meynert'sche und Gudden'sche Kommissur). Die Forel'sche Kreuzung ist gut ausgebildet, kann also nicht zu den Hauptleitungsbahnen des Optikus gezählt werden. An dem nicht abnorm kleinen Sehhügel fehlt das Stratum zonale. Ganglion habenulae, Corpus subthalamicum, Commissura posterior sind voll entwickelt; fast vollkommen fehlt der äussere Kniehöcker; der innere ist dagegen von ungewöhnlicher Grösse, ebenso wie die andern mit dem Akustikus in Beziehung stehenden Gebilde — das Tier ist sehr feinhörig.

Am vorderen Vierhügel ist das Strat. zonale sehr schwach entwickelt, dies aber auch bei der Maus, so dass Schlüsse daraus nicht zu ziehen sind. Die Optikusschicht ist von geringer Breite, aber nicht ganz faserlos; es müssen hier also ausser Sehfasern auch noch andere liegen. Es fehlt jede Andeutung von Augenmuskelkernen und ihrer Wurzeln, trotzdem ist das hintere Längsbündel nicht besonders faserarm, nicht kleiner als z. B. bei der Maus. Die Teile des Bündels, die die Verbindung der Augenmuskelkerne besorgen, können demnach nicht so erheblich sein, wie man meist meint. Der obere Olivenstiel ist stark entwickelt, also kann er nicht die hauptsächliche Verbindung zu dem Abducenskern darstellen, der ja ganz fehlt.

Die genannten Schlüsse sind aufgebaut auf die Untersuchung von drei Gehirnen der Blindmaus: eins makroskopisch untersucht, eins auf Frontal-, eins auf Schieffrontalschnitten mikroskopisch untersucht, während bei dem vierten nach sagittaler Zerlegung des Gehirns die eine Hälfte in basale, die andere in sagittale Schnitte zerlegt wurde. Färbung Weigert-Pal.

CXXVII) **Spieler**: Ein Lipom der Vierhügelgegend. p. 221.

Als zufälliger Sektionsbefund fand sich bei einem zehnjährigen an Tuberculosis pulmon. verstorbenen Knaben der Kuppe des linken hinteren Vierhügels aufsitzend und mit ihr verwachsen ein etwa erbsengrosser, gelblich-weisser Tumor, der sich als Lipom erwies. Der Ausgangspunkt ist die Pia, Längenausdehnung vom distalen Ende der Trochleariskreuzung bis zur Mitte des hinteren Vierhügels. Die laterale Schleife ist etwas verdrängt, aber nicht degeneriert, der durch die Geschwulst hindurchziehende Trochlearis ist auch nicht verändert. In der Nachbarschaft des Tumors im nervösen Gewebe mächtige Gefässentwicklung und Zellinfiltration in der Decke des Aquaeductus.

(Reizzustand durch den Tumor.) Bisher sind 35 Fälle von Hirnlipom bekannt. Zwölf am Balken, elf an der Hirnbasis, fünf an Brücke und verlängertem Mark, je vier in der Vierhügelgegend und in den Plexus chorioidei. Wahrscheinlich ist der Ursprung dieser Geschwülste aus Kernverlagerung. Dass sie meist erst in höherem Lebensalter zur Beobachtung kommen, liegt vielleicht an ihrem langsamen und bisweilen erst später durch irgend eine Ursache bedingten Wachstum.

CXXVIII) **Marburg**: Bemerkungen über die Körnerschichte im Bulbus olfactorius des Meerschweinchens. p. 233.

In der Körnerschicht eines acht Tage alten Meerschweinchens fand Verf. vermittels Silberimprägnation eine Zellform, die er als Pinienzelle bezeichnet, wegen der eigentümlichen Auffaserung eines ihrer Dentriten. Auch ein Teil der übrigen Körner dieser Schicht erwies sich ihm auf Silberpräparaten (Axencylinderfortsatz) und bei Nisslfärbung (Tigroid) als Ganglienzellen. Viele Elemente von fraglicher Bedeutung bleiben immer noch übrig.

CXXIX) **Karplus:** Zur Kenntnis der Aneurysmen an den basalen Hirnarterien. p. 239.

I. Aneurysma der A. communicans post. Die Kranke war eine 29jährige Frau, die ebenso wie ihre Mutter und zahlreiche Geschwister an typischer Migräne litt. Die Mutter war an einem Schlaganfall gestorben. Am 11. Jan. 1900 erkrankte sie unter heftigen Kopfschmerzen, zu denen weitere allgemeine cerebrale Symptome kamen: es bildete sich dann plötzlich eine rechtsseitige Okulomotoriuslähmung und eine Gehörsstörung aus. Vorübergehende Besserung, bald neue Verschlimmerung, rasender Kopfschmerz, Fortdauer der III. Lähmung, keine Gehörsstörung mehr nachweisbar. Plötzlicher Exitus am 7. Februar 1900. Die Obduktion ergab frische intermeningeale und subdurale Blutung nach Platzen eines Aneurysma der rechten Art. communicans post., Verwachsung des rechten Okulomotorius mit dem etwa erbsengrossen Aneurysma, Reste älterer Meningealblutungen in der Gegend der rechten Orbitalwindungen, des Schläfenlappens und der Sylvischen Grube. Das Aneurysma und die übrigen basalen Gefässe wurden genau untersucht; von letzteren zeigten Veränderungen die linke Carotis und Art. foss. Sylvii, ferner die basilaris; an ihnen und dem Aneurysma fanden sich die Zeichen einer chronisch proliferierenden Intimawucherung. Das Aneurysma war durch Ruptur der Media entstanden. Die III. Lähmung ist für das Aneurysma der Art. commun. post. charakteristisch. Die Erwägung der verschiedenen Möglichkeiten des Zusammenhanges zwischen Migräne und Aneurysma führt Verf. zu dem Schluss, dass die Hemikranieanfälle, die der Ausdruck einer ererbten Disposition sind, durch die mit ihnen einhergehenden vasomotorischen Störungen zu der Gefässerkrankung beigetragen haben. Es bestand dabei wahrscheinlich eine gleichfalls ererbte Minderwertigkeit der Gefässe. (Tod der Mutter an Schlaganfall.)

II. 69jährige Frau. 8. März 1900 heftige linksseitige Kopfschmerzen ohne sonstige cerebrale Allgemeinsymptome, rhythmisches Rauschen im linken Ohr. Drei Tage später links Ptosis und Doppeltsehen. Die Untersuchung ergiebt deutliche Arteriosklerose, auskultatorisch lautes, mit dem Puls synchrones Schädelgeräusch, links deutlicher als rechts; durch Druck auf die l. Karotis wird es sofort zum Verschwinden gebracht. Ferner linksseitige III. Lähmung

und Abduzensparese, Diagnose: Ruptur eines Karotisaneurysmas an der Gehirnbasis. Am 28. März Unterbindung und Durchschneidung der linken Art. carotis commun. Sofort Nachlassen des Ohrensausens und der Schmerzen. Am 30. März Hemiplegia dextra, Sprachstörung; den 3. April Exitus.

Die Obduktion ergab die Richtigkeit der Diagnose. Sackförmiges Aneurysma der Carotis sinistra interna im Sinus cavernosus mit Ruptur desselben. Verwachsung des Aneurysma mit dem Nervus abducens. Frische Erweichung der ganzen linken Grosshirnhemisphäre. Keine histologische Untersuchung des Aneurysma. Epikritisch zeigt der Autor den Weg, auf dem er zu seiner Diagnose gekommen ist, und giebt dann eine Uebersicht über die Folgen der Unterbindung der Carotis communis. Ein Drittel der Operierten starben an den Folgen der Operation; das schlimmste ist die Encephalomalacie, die im vorliegenden Fall durch die schwere, bei der Sektion gefundene Herzmuskelerkrankung mit bedingt wurde.

CXXX) **Imamura**: Beiträge zur Histologie des Plexus chorioideus des Menschen. p. 272.

Es werden drei Teile des Plexus chorioideus gesondert beschrieben, der zottenfreie Teil, der zottige Teil und das den beiden erstgenannten gemeinsame Epithel. Der zottenfreie Teil zeigt ausser dem Epithel drei Schichten: 1. Die (piale) Schicht des Gefässbindegewebes, 2. die Schicht des arachnoidalen Bindegewebes und 3. die trabekuläre Schicht. Der zottige Teil hat ausser dem Epithel nur noch das Gefässbindegewebe. Die trabekuläre Schicht ist nicht selbständig, sondern entsteht aus der arachnoidalen, allmählich durch Auseinanderweichen der einzelnen Bindegewebszüge. Das Epithel wurde stets nur einschichtig angetroffen. Die Zellen enthalten pigment- und fetthaltige Einschlüsse. Früh schon machen sich im Plexus regressive Metamorphosen bemerklich: Cysten, Sandkörperchen, diffuse und zirkumskripte Sklerosen.

CXXXI) **Zappert:** Ueber eine Rückenmarksfurche beim Kinde. p. 281.

Verf. kommt nochmals auf die an gleicher Stelle von Obersteiner beschriebene Furche an den Seitensträngen des Rückenmarks zurück. Er fand nach Untersuchungen an 140 kindlichen Rückenmarken namentlich im Halsmark eine Reihe häufig wiederkehrender Furchen und Spalten: an der Grenze zwischen Goll- und Burdach'schem Strange, an der lateralen Seite der Eintrittsstelle der hinteren Wurzeln, entsprechend dem Helveg'schen Bündel. Ausserdem konnte er sechsmal eine Furche konstatieren, welche genau an derselben Stelle wie bei dem Obersteiner'schen Falle sass; sie ist doppelseitig vorhanden, aber nicht immer symmetrisch und wird von der Kleinhirnseitenstrangbahn umsäumt. Eine Beziehung des Auftretens der Furche zu Abnormitäten des Verhaltens des Pyramidenseitenstranges (relativ geringe Entwickelung des letzteren) war nicht nachweisbar. Immerhin ist es möglich, dass bei Anlage zu der Furche durch die fehlende Entwickelung des Py S S die Ursache zur Vertiefung derselben gegeben wird.

CXXXII) **Obersteiner** und **Redlich**: Zur Kenntnis des Stratum (Fasciculus) subcallosum (Fasciculus nuclei caudati) und des Fasciculus fronto-occipitalis (reticuliertes cortico-caudales Bündel). p. 286.

Die Arbeit behandelt die in letzter Zeit mehrfach zur Diskussion gestellte Tapetumfrage auf Grund vergleichend anatomischer Untersuchungen. Das Resultat

deckt sich mit dem von den meisten neueren Bearbeitern des Themas gefundenen, so mit dem von Schröder, Probst festgestellten; (damit stimmen übrigens auch die von Arndt bei Untersuchung eines balkenlosen Gehirns jüngst erhobenen Befunde überein). Der Fasciculus subcallosus resp. der mit ihm identische Fasc. nuclei caudati hat mit dem Tapetum und dem Fasciculus fronto-occipitalis von Onufrowicz nichts zu thun. Die durchaus unzulässige Verwertung der am balkenlosen Gehirn erhobenen Befunde für die normalen Faserverhältnisse hat überhaupt zu falschen Schlüssen in der hier vorliegenden Frage geführt.

Der Fasciculus subcallosus, oder wie die Verf. vorschlagen zu sagen, das Strat. subcallosum — es handelt sich mehr um ein Faserflechtwerk als ein Faserbündel — enthält keine langen Fasern, wie Exstirpationsversuche lehren. Von dem Stratum zonale des Nucl. caudatus ist er, trotz anscheinend inniger räumlicher Beziehungen, zu scheiden; er ist von der Umgebung streckenweise durch Ependymzellen getrennt und geht namentlich bei Tieren in seiner Stärkeentwicklung keineswegs dem Nucleus caudatus parallel. Am mächtigsten ist er bei den Ungulaten entwickelt, hier ist er dort, wo der Schwanzkern seine grösste Ausdehnung hat, relativ klein, während er später bedeutend grösser wird und als mächtige Schicht lateral vom Ventrikel liegt. Aehnlich ist es auch bei anderen Tierklassen. Die Bedeutung, Ursprung und Endigung dieses Fasersystems sind sehr schwierig festzustellen. Jedenfalls nehmen seine Fasern nicht in ihm selbst ihren Ursprung, da er keine Ganglienzellen enthält. Die Verf. vermuten, dass in ihm Fasern von der Rinde vorhanden sind, ausserdem vielleicht Collateralen von Fasern der Nachbarsysteme, Fasern zum Schwanz-Linsenkern, Sehhügel.

Der Fasciculus fronto-occipit. des balkenlosen Gehirns enthält wahrscheinlich Balkenfasern; unter normalen Bedingungen existiert ein Bündel von der Lage und Mächtigkeit des genannten nicht. Das, was Déjérine unter demselben Namen beschreibt, ist ein zartes nur beim Menschen nachweisbares Bündel, das keine fronto-occipitalen Associationsfasern enthält; vielmehr handelt es sich wahrscheinlich um Stabkranzfasern, wie auch Sachs und Schröder annehmen; es ist wahrscheinlich eine Verbindung der Rinde mit dem Schwanzkern; reticuliertes cortico-caudales Bündel ist die Bezeichnung, die die Autoren vorschlagen. — Es ist richtiger, den Ausdruck Tapetum, der nur eine historische Bedeutung hat, ganz fallen zu lassen und die einzelnen das Unterhorn auskleidenden Schichten nach ihrer Bedeutung als Strat. subcallosum, Balkenschicht u. s. w. zu bezeichnen. Mit dem Fascic. fronto-occipitalis hat es jedenfalls nichts zu thun.

CXXXIII) **Berl**: Einiges über die Beziehungen der Sehbahnen zu den vorderen Zweihügel der Kaninchen. p. 308.

Es wurde bei einer Reihe von Kaninchen das Occipitalhirn einseitig abgetragen; bei einigen auch das Auge derselben Seite enukleiert. Tötung der Tiere nach vier Wochen. Untersuchung nach Marchi. Resultate: Endigung der Rindenzweihügelbahn in derselben Schicht wie die der retinalen Zweihügelbahn auf der Seite der Verletzung; keine Kreuzung nach der anderen Seite. Das Stratum zonale ist keine Endigungsstätte der kortikalen Bahn. Die beiden Kerne des äusseren Kniehöckers, sowie die Kerne des Thalamus sind in ihren Beziehungen zur kortikalen Sehstrahlung nicht gleichwertig.

CXXXIV) **Schacherl**: Ueber Clarke's „posterior vesicular columns“. p. 314—395.

Ausführliche anatomische und vergleichend-anatomische Arbeit über die Clarke'schen Säulen. Ich gebe hier nur einige Resultate. Nach einer umfangreichen historischen Einleitung definiert Verf. die Bezeichnung als Clarke'sche Säulen entgegen der gewöhnlichen Auffassung dahin, dass er zu ihnen nicht nur die bekannten Gruppen im Dorsalmark rechnet, sondern auch die nach allgemeiner Annahme homologen Bildungen in den übrigen Teilen des Rückenmarks. Sie finden sich im oberen Cervikalmark gewöhnlich in der Höhe des zweiten Segments, meist auch im ersten und dritten; in den folgenden Segmenten bis zum siebenten fehlen sie meist, treten hier vereinzelt, vom achten Hals- und ersten Dorsalsegment an in grösserer Zahl auf; nun tritt erst eine langsame, dann eine raschere Zunahme auf; am mächtigsten ist die Entwickelung in der Höhe des zwölften Dorsal- und ersten Lumbalsegments; nun wieder sehr rasche Abnahme; im mittleren Drittel des dritten Segments fehlen sie schon wieder, in der Höhe des zweiten und dritten Sacralsegmentes finden sich meist wieder vereinzelte. Es kommen starke individuelle Schwankungen vor. Die Säulen liegen im Stadium ihrer mächtigsten Entwickelung am weitesten dorsal und medial, vom unteren Dorsalmark nach unten und oben rücken sie mehr lateral- und ventralwärts, bleiben aber immer im medialen Teile der Hinterhornbasis. Ueber ihre durchschnittliche Ausdehnung orientiert eine Tabelle.

Die Zellen der Clarke'schen Säulen haben eine charakteristische Form und Struktur. Die Form der Zellen nähert sich meist der kugligen, doch giebt es auch spindelförmige und andersartig gestaltete Exemplare. Die Zahl der Dendriten beträgt höchstens vier, meist findet man aber kaum einen oder zwei. Der Axencylinder zeigt verschiedene Abgangsrichtung, sowohl lateralwärts, wie in ventromedialer Richtung, je nach der Lage der Zellen. Charakteristisch ist die Verteilung der Nisslkörper in Form eines ein- oder mehrreihigen Randschollenkreuzes, während zentral eine bei schwächerer Vergrösserung glasig erscheinende, bei stärkster eine feine Granulierung aufweisende Zone sich anschliesst; kein Perinuclearring. Der Kern ist rund, liegt zentral oder peripher, bei peripherer Lage häufig mit zentralwärts gerichteter Rolle. Kernkörperchen, ein oder mehrere Nucleoli. Kerngerüst, mit zentral liegenden Knotenpunkten.

Die Fasern der Clarke'schen Säulen sind erstens afferente: aus den hinteren Wurzeln direkt oder durch den Hinterstrang. Die Fasern stammen aus demselben und tieferen Segmenten; je höher hinauf, desto geringer ist die Zahl der zu dem einzelnen Säulensegment in Beziehung stehenden Wurzelsegmente. Sie treten dorsoventral ein. Die efferenten treten ventromedial aus und teils im selben, teils in viel höheren Segmenten in den Seitenstrang. Das Vorhandensein der von Gaskell beschriebenen, vielleicht der Eingeweideinnervation dienenden Fasern, die aus den Clarke'schen Säulen in die vorderen Wurzeln als feine Fäserchen ziehen, hat Verf. beim Menschen nur in einem Fall nachweisen können.

Bei den Vögeln ist die Säule nur in den Anschwellungen entwickelt; auf die übrigen zahlreichen vergleichend anatomischen Angaben gehe ich nicht ein.

Aus den Eigentümlichkeiten des Baues und der Struktur der Säulen muss auf eine spezifische Funktion derselben geschlossen werden, deren Art aber noch näher zu bestimmen ist.

CXXXV) **Obersteiner:** Nachträgliche Bemerkung zu den seitlichen Furchen am Rückenmark. p. 396.

Im Rückenmark des von O. ausführlich beschriebenen Falles von Porencephalie fand sich im Seitenstrang beiderseits eine Einkerbung, die peripherwärts von der Kleinhirnseitenstrangbahn eingesäumt wird. Diese Furchen hat Flechsig zuerst beschrieben; sie kommen auch ohne Fehlen resp. Hypoplasie der Pyramidenbahnen gelegentlich vor, können aber durch solche Verhältnisse besonders vertieft und deutlich werden. Cassirer.

CXXXVI) **E. Hitzig**: Hughlings Jackson und die motorischen Rindenzentren im Lichte physiologischer Forschung. Berlin, Aug. Hirschwald. 1901. 39 Seiten.

Das vorliegende Heft ist die Uebersetzung einer Festvorlesung, die Hitzig im November 1900 auf Aufforderung der Neurological Society of London zu Ehren Hughlings Jackson's gehalten hat. Sie ist in englischer Sprache im Brain (Winter 1900) erschienen.

H. knüpft an an die Anschauungen Jackson's über die motorischen Rindenzentren vor dem Jahre 1870, geht dann auf die für ihn selber grundlegenden ersten Versuche über und begründet schliesslich ausführlich seine Stellungnahme in dem heutigen Streit um Natur und Funktion der Rindenzentren.
Schröder.

CXXXVII) **Müffelmann**: Das Problem der Willensfreiheit in der neuesten deutschen Philosophie. Leipzig, J. A. Barth, 1902. 115 S. Mk. 3,60.

Es besteht kein Mangel an Untersuchungen über die Lehre vom freien Willen bei den bedeutenderen Philosophen. Trotzdem hat das neue Buch seinen Wert, einmal weil es gerade die jüngsten Autoren heranzieht, und dann vor allem, weil es seine im wesentlichen kompilatorischen Mitteilungen in einer überaus klaren, jedem Gebildeten verständlichen Sprache vorbringt.

Nach Ausscheidung der blossen Handlungsfreiheit charakterisiert M. kurz den Indeterminismus und den Determinismus. Von letzterem gliedert er noch den Fatalismus ab, der das Freiheitsgefühl für Täuschung erklärt, während der Determinist, das Gefühl der Freiheit anerkennend, sagt: „Frei bin ich, wenn meine Willensentscheidungen meinem Charakter, meinem Ich, meiner ganzen inneren Disposition entsprechen."

Eine geschichtliche Uebersicht greift zurück auf die *μοῖρα* und schildert das Werden des Problems bei Plato und Aristoteles u. s. w., dann das servum arbitrium Augustin's, den modifizierten Indeterminismus Thomas v. Aquino's, die Stellung der ersten modernen Philosophen, vor allem den entschiedenen Determinismus der Engländer, Kant's Lehre von der intelligiblen Freiheit und schliesslich die Auffassung der Nachkantianer.

Unter den neuesten vertreten Lotze, H. Sommer das liberum arbitrium indifferentiae. Wentscher behauptet: „Mit der Freiheit ist die Unbegreiflichkeit gesetzt." Die intelligible Freiheit vertreten Kuno Fischer, Eucken, Lamezan, Mainländer und Bahusen. Die „Katholischen Philosophen", auf den Schultern von Thomas stehend, sind Indeterministen, so Feldner, Gutberlet, Kneib. Verwandt damit erscheint der „relative Indeterminismus"

Mach's. Dunkmann, auch Manno und Oelzelt-Newin vertreten einen agnostischen Standpunkt, doch unter Zuneigung zum Indeterminismus. Anhänger einer gewissen Willensfreiheit sind die protestantischen Theologen, übrigens im Gegensatz zur Lehre der Reformatoren Luther, Zwingli, Calvin. Der Indeterminismus im Strafrecht ist im Rückzug begriffen.

Als „Fatalisten" erscheinen die Materialisten, wie Häckel, der Positivist Rée, ferner Nietzsche.

Sigwart und Wundt bezeichnet M. als „indeterministische Deterministen", wobei er vor allem Wundt's Lehre des Wachstums geistiger Energie heranzieht. Reine Deterministen sind eine Reihe moderner Philosophen und Psychologen, die im übrigen weit divergieren: Fechner, Simmel, Paulsen, Lipps, Külpe, Erhardt, Ziehen, die Neukantianer Liebmann, Windelband, Natorp, Adickes, die Positivisten Laas und Riehl, die Immanenzphilosophen Schuppe und Rehmke u. s. w. Auch die Moralstatistik sieht sich zum Determinismus gezwungen, in dem wir immer gewisser die Lösung des Problems der Willensfreiheit zu erblicken haben.

Gerade den Lesern dieser Zeitschrift sei das Buch aufrichtig empfohlen.

Weygandt-Würzburg.

CXXXVIII) **N. Vaschide** und **H. Pieron**: La psychologie du rêve au point de vue médical. Paris, 1902.

Die Schrift handelt nicht von dem psychologischen Mechanismus des Traumes, sondern lediglich von dessen Besonderheiten bei den verschiedenen Krankheitsformen, von der Pathognomonie der Träume. Die alte Medizin verwandte die Träume in sehr sinnreicher Weise zu diagnostischen Zwecken, die „exakte" Medizin hat diese Hilfsmittel überflüssig gemacht, sie sind im Laufe der Zeit vergessen worden. Die Bedeutung des Traumbildes für die Diagnose liegt häufig in der Traum-Dissoziation, welche bestimmte abnorme Empfindungen, die im Wachen von der grossen Anzahl der anderen Reize ganz oder grösstenteils verdeckt werden, heraushebt oder verstärkt, allerdings nicht direkt, sondern meistens, indem sie die Empfindung umdeutet. So kann sich ein beginnender Herpes, von dem im Wachen noch nichts gemerkt wird, im Traume als applizierter Messerstich ankündigen, eine einsetzende Tonsillitis erzeugt die Traumvorstellung, dass ätzende, ekelhafte Substanzen gewaltsam in den Mund eingeführt würden u. s. w.

Besonderes Interesse beanspruchen für den Neurologen die für die einzelnen Formen der psychischen Erkrankungen oder Grenzzustände häufig bestimmt charakterisierten Traumverläufe. Bei der nächtlichen Epilepsie soll der Traum einen gewaltthatsartigen, schreckhaften Inhalt besitzen, es rinnt Blut (Pendant zur „Erythropsie" der wachen Epileptiker), der Träumer glaubt enthauptet, von wilden Tieren zerrissen oder aufgespiesst zu werden. Die Autoren erklären, es sei dies der Moment, in welchem der Anfall ausbreche, in welchem also das Traumbewusstsein ähnlich wie das wache Bewusstsein beim gewöhnlichen epileptischen Anfalle aussetze, der Traum vertrete also gleichsam die Aura.

Bei der Hysterie soll der Traum in besonders innigen Beziehungen zur Persönlichkeit und zum Wachzustande des Patienten stehen: Die Trauminhalte hinterlassen grosses Erstaunen beim Erwachen, werden mit der Wirklichkeit

verwechselt (letzteres z. B. auch oft bei neuropathischen Kindern), folgen mit grosser Leichtigkeit, Treue und Hartnäckigkeit wirklichen oder vorgestellten Erlebnissen (erlittenen Unglücksfällen, traumatische Hysterie), erzählten Schauergeschichten etc. und influieren gern auf die wache Psyche: man beobachtet Aphonie nach der Traumvorstellung des Begegnens mit einem Stummen, Nahrungsverweigerung beim Träumen von Uebelkeit etc. Doch wird es hier nicht immer leicht sein, die Rolle der primären Bedeutung von abnormen Organgefühlen auszuschalten. Im Ganzen erscheint bei der Hysterie der symptomatische Wert des Traumes neben dem diagnostischen von erheblicher Wichtigkeit, da er direkt als Teilerscheinung des Krankheitsbildes auftreten kann.

Dieser Einfluss des Traumes auf die wache Psyche kommt auch anderen Psychopathien zu; Träume können bei Disponierten den Anlass zu Zwangsideen abgeben, besonders wenn sie lebhaft sind und hartnäckig wiederkehren. Sie können ferner nach dem Aufwachen in Halluzinationen übergehen.

Bei echter Geisteskrankheit verhalten sich die Träume sehr verschieden. Sie bieten hier oft keinen Unterschied gegen das Normale, dagegen kehren bei geheilten Geisteskranken frühere Wahnvorstellungen manchmal in Träumen wieder.

Diagnostisch und prognostisch ist der Traum ausserdem bei manchen psychosexuellen Abnormitäten von Bedeutung. Jentsch.

CXXXIX) **E. Mendel**: Leitfaden der Psychiatrie. Für Studierende der Medizin. Stuttgart 1902, F. Enke. 242 S. 5 M.

Die neue ärztliche Prüfungsordnung vom 28. V. 1901 veranlasste Mendel zur Herausgabe des Leitfadens. Er soll, wie das Vorwort sagt, dem Studenten die Möglichkeit geben, den in der Klinik demonstrierten Fall „in das Gesamtgebiet der Psychiatrie einzufügen und die Lücken, welche die Klinik in einer kurz begrenzten Zeit selbstverständlich lassen muss, auszufüllen.“

Anordnung des Stoffs und Einteilung der Psychosen ist bei Mendel die, welche sich ihm „in der Erfahrung einer 30jährigen Lehrthätigkeit in der Psychiatrie als praktisch brauchbar erwiesen hat“. Demgemäss sind die Forschungsergebnisse unserer modernen Systematiker nur sehr wenig berücksichtigt.

Das Buch zerfällt in zwei Hauptteile: I. Allgemeine Psychiatrie S. 1 bis 120, II. Spezielle Psychiatrie S. 121—224. Anhangsweise sind noch beigegeben: eine Anleitung zur Untersuchung eines Geisteskranken und zur Anfertigung der Krankengeschichte; ferner ein Schema eines Attestes zur Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt, endlich Schemata für Gutachten in strafrechtlichen und zivilrechtlichen Fragen und in solchen der sozialpolitischen Gesetzgebung (Unfall, Invalidität).

Wissenschaftlicher Wert kommt dem Buche kaum zu. Der allgemeine Teil enthält neben manchem Guten und Klaren vieles Unrichtige und Schiefe. Was soll man zu folgender Definition sagen: Die Illusion ist „die sinnliche Wahrnehmung eines durch eine Halluzination veränderten äusseren Objekts“. An anderer Stelle lässt Mendel einen Erregungsvorgang „vom Begriff durch das Klangzentrum zum Bewegungszentrum gehen“! Der Verlust der Merkfähigkeit (bei seniler Demenz, Paralyse) ist nach des Verf. Ansicht eine Folge der „Anästhesie der Sinneswahrnehmung“. Derartige Schiefheiten finden sich in grosser Zahl. Bei manchen Querulanten macht die „Quantität der Vorstellung“

diese zu einem Wahn. Der „manische Stupor“ kommt nach Mendel namentlich bei hysterischen und epileptischen Psychosen vor, der katatonische Stupor „geht aus Halluzinationen und Wahnvorstellungen hervor“. Aber auch von solchen Entgleisungen und Ungenauigkeiten abgesehen, finden sich in dem allgemeinen Teil eine Menge von Behauptungen und Lehrmeinungen, von denen unsere Studentenschaft künftig hoffentlich immer weniger zu hören bekommt. Auf S. 97 wird uns z. B. zugemutet zu glauben, dass die klinischen Bilder des „Tropenkollers“ „unter das Delirium hallucinatorium, den akuten oder chronischen Alkoholismus, selten unter die der Melancholie oder Paranoia fallen“. Die sekundäre Demenz lässt Mendel auch bisweilen aus „hysterischer Psychose entstehen.“ Die prolongierten Bäder kennt er nur in der Dauer von ein bis vier Stunden u. s. w., u. s. w.

In dem II. Teil des Buches (die spezielle Psychiatrie) ist die Einteilung des Stoffes folgende: I. Idiotismus. II. Funktionelle Psychosen: 1. Delirium hallucinatorium. 2. Manie. 3. Melancholie. 4. Cirkuläre Psychose. 5. Paranoia. 6. Dementia acuta. III. Die durch zentrale Neurosen bedingten Psychosen: 1. Die epileptischen Psychosen. 2. Die hysterischen Psychosen. 3. Die choreatischen Psychosen. IV. Intoxikationspsychosen: 1. Autointoxikations-Psychosen (= endogene Psychosen). 2. Psychosen, welche durch in den Körper eingeführtes Gift hervorgerufen werden (= exogene Psychosen, z. B. Fieberdelirium, Egotismus u. s. w.) 3. Psychosen, welche durch organische Gifte hervorgebracht werden (Alkohol, Morphium, Cocain). 4. Psychosen, welche durch anorganische Gifte hervorgebracht werden (CO, Gaz pauvre, CS_2, Jodoform, Blei, Quecksilber). IV. Organische Psychosen: 1. Diffuse Erkrankungen der Hirnrinde (Progressive Paralyse, Dementia senilis, arteriosklerotische Psychosen, syphilitische Psychosen). 2. Psychosen, welche durch Herderkrankung des Gehirns hervorgerufen werden. Anhang: Psychosen durch Traumen.

Diese Mitteilung der Kapitelüberschriften zeigt schon zur Genüge, dass Mendel sich der neueren Psychiatrie gegenüber ziemlich ablehnend verhält. Eine selbständige Krankheit Katatonie, Hebephrenie giebt es für ihn auch heute noch nicht. Er ist in seiner Systematik in der That auf einem Standpunkt stehen geblieben, wie er vor 30 Jahren möglich gewesen ist. Dass er heute noch aufrecht erhalten wird, ist schwer verständlich. Die Studentenschaft aber scheint mir ein Recht darauf zu besitzen, nicht bloss mit veralteten und zum Teil unhaltbaren Lehren bekannt gemacht zu werden, sondern auch die wissenschaftlichen Leistungen der letzten Dezennien eingehend kennen zu lernen. Sie wird darum gut thun, den Mendel'schen Leitfaden nicht zu ihrem ausschliesslichen Berater zu machen. Gaupp.

CXL) **Bericht** über die im Königreich **Württemberg** bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1900. Stuttgart, W. Kohlhammer 1902.

Württemberg, dessen Einwohnerzahl am 1. Dezember 1900 etwa $2^1/_6$ Millionen betrug, verpflegte am 1. Januar 1901 in inländischen Anstalten 2944 Geisteskranke. Es kommt auf 787 Einwohner ein Anstaltsinsasse. Die Bevölkerung des Landes nahm von 1895 bis 1900 um 4,07 %, die Zahl der württ. Anstaltspfleglinge um 10,48 % zu.

Die staatlichen Anstalten (Winnenthal, Schussenried, Zwiefalten,

Weissenau) sind seit langem überfüllt. Im Jahr 1900 konnten nur 64,6 % der Aufnahmegesuche verwirklicht werden (von 760 nur 491!). Die vier Anstalten beherbergten bei einer „Maximalbelegungsziffer“ von 1729 Kranken am 1. Januar 1901 nicht weniger als 1801 Pfleglinge. Die Gesamtzahl der Verpflegten betrug im Berichtsjahre 2188. In sämtliche staatliche Irrenanstalten wurden im Laufe des Jahres nur 491 Kranke neu aufgenommen, davon 296 Männer, 195 Frauen. Im gleichen Zeitraum hatte die Tübinger Klinik nach Siemerling's Bericht 578 Aufnahmen, ein sprechender Beweis dafür, welch grosse Bedeutung die Klinik für die Aufnahme Frischerkrankter gewonnen hat. Die Zahl der freiwillig in die Staatsirrenanstalten eingetretenen Kranken betrug 31. Erste Aufnahmen fanden statt in 57,2 %, wiederholte Aufnahmen in 27,9 %, Versetzungen aus anderen württ. Anstalten in 14,9 %. Geheilt entlassen 15 %, gebessert entlassen 32,5 %, ungeheilt entlassen 29,5 %, gestorben 23 % der abgegangenen Kranken.

Aus den Ausführungen über die Aetiologie der Geistesstörungen interessiert vor allem das Ergebnis, dass bei 23 % der Alkohol als direkte Krankheitsursache oder als hereditäre Anlage in Betracht kommt. Erbliche Belastung war bei 50,5 % der erstmals Aufgenommenen erwiesen.

Unter den 491 Aufnahmen fanden sich:

Angeborene Störungen (Idiotie, Imbecillität, Kretinismus) in 2,2 %.
Konstitutionelles Entartungsirresein in 4 %.
Depressives Irresein in 11,4 %.
Manisches Irresein in 2,6 %.
Periodisches und cirkuläres Irresein in 9,1 %.
Akute halluzinatorische Verwirrtheit und akuter halluzinatorischer Wahnsinn zusammen in 9,8 %.
Primäre Demenzformen (Dementia praecox, Hebephrenie, Katatonie) in 14,4 %.
Chronische Verrücktheit in 15,5 %.
Sekundäre Verblödungsprozesse in 10,6 %.
Geistesstörungen mit anatomischem Befund in 7,5 %, darunter Dementia paralysia in 4,5 %.
Epileptische Geistesstörungen in 6,7 %.
Intoxikationspsychosen in 4,1 % (sämtlich alkoholischer Natur).

An die Mitteilung dieser statistischen Daten knüpft der Bericht folgende Bemerkung: „Der Häufigkeit nach nimmt die chronische Verrücktheit, wie seither, die erste Stelle ein mit 15,5 %, ihr folgen die primären Demenzformen mit 14,4 % und in dritter Linie das depressive Irresein mit 11,4 %. Die „sekundären Verblödungsprozesse“ nehmen stetig ab. Die Zahl der Erkrankungen an Dementia paralytica ist im Berichtsjahr wieder etwas zurückgegangen.

Diese Bemerkungen sind von grossem Interesse, das noch wächst, wenn man die Diagnosenstatistik früherer Jahresberichte zum Vergleich heranzieht. Ich glaube, man wird die Bemerkung: ‚die „sekundären Verblödungsprozesse“ nehmen stetig ab‘ wohl dahin interpretieren dürfen: die Zahl der Aerzte, welche diese Diagnose stellt, nimmt stetig ab. Das gleiche gilt mutatis mutandis von der aus dem Berichte ersichtlichen Abnahme der Verrücktheit, der Zunahme der primären Demenzformen (die der Jahresbericht von 1897 überhaupt

noch nicht kannte) und des periodischen bezw. zirkulären Irreseins: nicht diese Krankheiten haben in den letzten vier Jahren relativ zu- bezw. abgenommen, sondern die württ. Psychiater sehen sich veranlasst, ihr Krankenmaterial unter anderem Gesichtspunkt zu betrachten und Anschauungen Rechnung zu tragen, die sich zwar nur langsam, aber stetig mehr in den Kreisen der Anstaltsärzte Geltung verschaffen. Gerade nach dieser Richtung ist der württ. Bericht recht lehrreich.

Auch in der Behandlung praktischer Fragen finden die neueren Lehren immer mehr Eingang: Umbau von Zellenabteilungen in Wachsäle, ausgedehnte Bettbehandlung, Seltenheit von Isolierungen, häufige Anwendung von Dauerbädern, Einführung der schottischen Nachtwache, Ausdehnung der kolonialen und familialen Verpflegung u. a.

Die Privatirrenanstalten, deren es in Württemberg vier grössere und drei kleine giebt, verpflegten im Berichtsjahr 1315 Kranke; darunter 289 Aufnahmen. Von diesen 1315 waren 686 (= 52 %) Staatspfleglinge, 154 Ausländer. Männer 45,6 %, Frauen 54,4 %. (Vier Privatanstalten nehmen nur weibliche Kranke auf.) Von den Neuaufgenommenen waren 206 Privat- und 83 Staatspfleglinge. Unter den Krankheitsformen herrschten der Zahl nach vor: chronische Verrücktheit, primäre Demenzformen, depressives Irresein, periodisches und zirkuläres Irresein, Geistesstörungen mit anatomischem Befund, Alkoholpsychosen.

Die Betrachtung der statistischen Daten führt den Berichterstatter zu dem wichtigen Ergebnis, dass Württemberg mit einer jährlichen Zunahme von rund 100 der in staatlicher Fürsorge stehenden Geisteskranken rechnen muss. Wenn man bedenkt, wie überfüllt die Staatsanstalten sind und ein wie hoher Prozentsatz der Aufnahmegesuche (35,4 %) aus Platzmangel jetzt unberücksichtigt bleiben muss, wie viele Kranke also bereits im Lande zurückgehalten werden, so erkennt man leicht, dass die Erbauung einer neuen Anstalt nur für ganz kurze Zeit ausreichende Hilfe bringen kann und dass der Staat vermutlich noch lange nicht in der Lage sein wird, von der Unterbringung seiner Pfleglinge in Privatanstalten Abstand zu nehmen. Die Zahl der Staatspfleglinge ist seit 1864 von 445 auf 2526 gestiegen, die Zahl aller Anstaltsinsassen (mit Einschluss der Ausländer) von 609 auf 2944.

Die amtliche Fürsorge für Geisteskranke und Epileptiker seitens der Oberamtsphysikate erstreckte sich im Berichtsjahr auf 585 Personen (535 Geisteskranke, 50 Epileptiker). Von diesen wurden nur 87 direkt in eine Anstalt gebracht, 404 wurden zunächst im „Irrenlokal" behandelt; davon wurden 181 in eine Irrenanstalt überführt, 10 starben im Irrenlokal. Von den 50 Epileptikern wurden 22 einer Anstaltspflege teilhaftig.

Die Ansammlung einer grösseren Anzahl geisteskranker Verbrecher in Zwiefalten brachte grosse Uebelstände mit sich, gefährdete die freie Behandlung und liess den Wunsch nach rascher Erstellung eines besonderen Pavillons für diese störenden Elemente immer lebhafter werden.

Aus dem Bericht über die Heil- und Pflegeanstalten für Epileptische und Schwachsinnige sei noch kurz hervorgehoben:

Verpflegung von 1390 Kranken in fünf (nicht staatlichen) Anstalten. Die grösste dieser Anstalten (Stetten) war dauernd überfüllt; 210 Aufnahmegesuchen konnte aus Platzmangel nicht entsprochen werden. Im Jahr 1900

wurde in Hall eine neue Anstalt für erwachsene weibliche Epileptische und Schwachsinnige im Anschluss an das dortige Diakonissenhaus eingerichtet.

Der württembergische Jahresbericht, aus dessen reichem Inhalt hier nur einiges Wichtige mitgeteilt wurde, eignet sich durch seine einheitliche Darstellung der Anstaltsverhältnisse eines ganzen Landes sehr gut zum Studium mancher wichtigen Fragen; es lohnt sich daher wohl, ihn einer genauen Durchsicht zu unterziehen. Es ist nur zu bedauern, dass nicht auch noch die Zahlen der Tübinger Klinik darin wiedergegeben wurden; das Bild der württ. Irrenfürsorge im Jahr 1900 wäre dann noch vollständiger geworden. Der von Siemerling herausgegebene Bericht über die Wirksamkeit der Tübinger Klinik würde das Material zu einer solchen Ergänzung abgegeben haben. Seine Berücksichtigung unterblieb wohl, weil die Klinik dem Medizinalkollegium, von dem der vorliegende Jahresbericht stammt, nicht untersteht, der Jahresbericht selbst aber als amtliche Veröffentlichung nur das Arbeitsgebiet der Medizinalbehörde zu behandeln hatte. Gaupp.

CXLI) **J. Bresler**: Alkohol auch in geringen Mengen ein Gift. Halle, Carl Marhold. 56 S.

In der kleinen populären Schrift, die üppig ausgestattet ist, entwirft Bresler mit der den Abstinenzaposteln eigenen Begeisterung eine Schilderung der Wirkungen kleiner Mengen Alkohols auf Körper und Geist. Schon in der Einleitung teilt uns der Verf. mit, dass er die Umwälzung der Anschauung über den Alkohol (nämlich, dass er unter allen Umständen ein Gift sei) höher stelle als „bei den Protestanten die Reformation gestellt zu werden pflegt“. (!) Bresler stützt sich bei seinen Ausführungen namentlich auf Bunge, Kraepelin, Blocher, Forel, Rauber, Kellogs u. A., ohne dass freilich die Autoren für Alles, was er vorbringt, verantwortlich gemacht werden dürfen. Dass das Denken eines Menschen durch geringe Alkoholgaben zum „Reflexdenken“ („die niedere Stufe der Reflexthätigkeit“ der Seele, S. 21) wird, wie uns der Verf. glauben machen will, ist eine bedauerliche Uebertreibung. Thatsächlich haben nun einmal selbst die grössten Geister unserer Nation (Luther, Göthe, Bismarck etc.) regelmässig Alkohol zu sich genommen und es ist absurd, ihre Lebensarbeit durch „Reflexdenken“ erklären zu wollen. Im Uebrigen steht auch viel Gutes in der Schrift. Gaupp.

CXLII) **L. Löwenfeld:** Ueber den gegenwärtigen Stand der Hypnotherapie. Leipzig, Benno Konegen. 1902.

Die kleine Broschüre ist ein Sonderabdruck aus Nr. 12 des Reichsmedizinalanzeigers 1902. Sie giebt einen Ueberblick über den derzeitigen Stand der Frage und bringt des Verf. eigene Anschauungen, die wir aus seinem Buche bereits kennen, zum klaren Ausdruck. Gaupp.

CXLIII) **Fromme:** Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Berliner Klinik. Heft 165.

In dem wirren Bilde, das Gesetz und Rechtsprechung über die Stellung des Arztes erkennen lassen, sind nur wenige Punkte so klar, wie wir es wünschen müssten. Das zeigt sehr einleuchtend der Vortrag Fromme's, eines Juristen. Er weist vor allem nach, dass die Ansicht des Reichsgerichtes,

nach welcher die Ausübung des ärztlichen Berufes als Betrieb eines Gewerbes aufzufassen ist, durchaus nicht allgemein anerkannt wird; sogar der Betrieb einer Heilanstalt gilt nicht als Gewerbetrieb, vorausgesetzt, dass die ärztliche Behandlung Hauptzweck bleibt.

Besonders eingehend erörtert der Verfasser das Berufsgeheimnis. Er schliesst sich dabei der Meinung des Reichsgerichtes an, dass der Arzt über alle Wahrnehmungen zu schweigen habe, an deren Geheimhaltung die Beteiligten ein erkennbares Interesse haben. Das Motiv der Offenbarung ist für die Strafbarkeit gleichgiltig; ob fahrlässige Begehung des Deliktes möglich ist, eine vielumstrittene Frage, lässt Fromme unentschieden, doch hält er es für möglich, dass das Reichsgericht diese Frage bejaht. Die Offenbarung aber muss ferner unbefugt sein. Diese Befugnis giebt die Erlaubnis des Anvertrauenden, im Todesfalle seiner Erben; ferner wenn gesetzliche Vorschriften (§ 139 St.-G.-B.) die Offenbarung erforderlich machen, sowie bei den Polizeivorschriften über die Anzeigepflicht ansteckender Krankheiten. Da, wo solche Bestimmungen auch die Verpflichtung auferlegen, Verbrechen anzuzeigen, gilt die Anzeige als befugt, sonst aber stets als unbefugt. Das Recht, Zeugnis vor Gericht zu verweigern, ist nicht identisch mit der Pflicht, von diesem Rechte Gebrauch zu machen; eine derartige Offenbarung ist also ebenfalls nicht unbefugt. Das gleiche gilt für die Herausgabe von Schriftstücken und dergl. auf gerichtliches Verlangen; der Arzt darf sie hergeben, kann aber nicht dazu gezwungen werden.

Auf Grund zweier Landgerichtsentscheidungen glaubt Fromme, dass der Arzt straflos das Berufsgeheimnis offenbaren darf, wenn die Sorge um das Wohl eines Menschen oder die Wahrung persönlicher Interessen es gebieten. Als Beispiel dient die Mitteilung von der Syphilis eines Kindes, Dienstboten an die beteiligte Familie, von der ansteckenden oder geistigen Erkrankung eines Verlobten an seine Braut. Ich fürchte, dass nicht alle Richter diesen Standpunkt teilen werden, obgleich wohl jeder Arzt in einem derartigen Falle ohne Rücksicht auf die Gefahr einer Strafverfolgung seine Pflicht als Mensch und Arzt thun wird. Bei der Ausstellung von Totenscheinen rät der Verfasser zur Vorsicht, so z. B. zur Verschweigung eines Selbstmordes, wenn nicht direkt danach gefragt wird. Den zur Strafverfolgung notwendigen Antrag kann nur der Verletzte selbst stellen, also nicht seine Erben. Aschaffenburg.

CXLIV) **Paul Kronthal**: Von der Nervenzelle und der Zelle im allgemeinen. Mit sechs chromolithographischen, drei heliographischen Tafeln und 27 Figuren im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1902.

Das vorliegende Buch gliedert sich in zwei Teile; der zweite grössere Teil interessiert uns nicht weiter; in demselben entwickelt nämlich Kronthal seine biologischen Ansichten über die Nervenzelle und über die Zelle im allgemeinen.

Im ersten kleineren Teil teilt der Verfasser seine eigenen Untersuchungen über Nervenzellen mit. Bei der ersten flüchtigen Durchsicht tauchte mir wiederholt der Gedanke auf, ob nicht am Ende das Kronthal'sche Buch eine Satire sein könnte. So unmöglich schien es mir, dass noch im Jahre 1902 der mir aus anderen Arbeiten bekannte Verfasser die nicht-nervösen Zellen des Nervengewebes thatsächlich für weisse Blutzellen, Leucocyten, Lymphkörperchen

und lymphoide Zellen erklären sollte. Es entspricht jedoch nicht dem Geiste der Wissenschaft, über eine Auffassung deshalb den Stab zu brechen, weil sie im Widerspruch mit unserer eigenen Anschauung steht. Ich habe daher vor allem nach dem Beweismaterial Kronthal's gesucht. Man höre: „Die Lymphoidkörper des liquor cerebro-spinalis, die sich in den Subarachnoidealräumen, den adventitiellen Lymphräumen, dem Zentralkanal finden, treten aus Gründen, von denen eine sichere Vorstellung zu gewinnen zur Zeit unmöglich ist, in die Masse der Nervensubstanz ein. Vielleicht zwängen sie sich durch amöboide Bewegungen hinein, vielleicht werden sie durch den Druck in der Lymphflüssigkeit hineingepresst. Mit diesem Eintritt gehen sie, da sie unter andere äussere Bedingungen geraten, ihres Charakters als Lymphzellen verlustig." Nun frage ich Kronthal, woher weiss er denn, dass ein Teil der nichtnervösen Zellen des Nervenparenchyms Lymphkörperchen sind? Den Eintritt derselben aus den Subarachnoidealräumen, aus den adventitiellen Lymphräumen und aus dem Zentralkanal (?) ins zentrale Nervenparenchym hat Kronthal nicht wahrzunehmen vermocht, und nach dem Eintritt waren sie als Lymphoidkörper nicht mehr zu erkennen; denn „mit diesem Eintritt gehen sie ihres Charakters als Lymphzellen verlustig." Nach der Annahme Kronthal's finden sich in der Norm im liquor cerebralis Lymphoidkörper. „Sie durchbrechen die Epithelschicht des Zentralkanals und gelangen so in die Masse der Nervensubstanz, sie durchdringen die Wandungen der Gefässe, sie wandern längs der Pia und durch ihr lockeres Gewebe präformierter Bahnen in die Nervenmasse." Ich wenigstens hätte eine Untersuchung über die in der Norm im Subarachnoidealraum und in den adventitiellen Scheiden befindlichen Lymphoidkörper jedenfalls mit allergrösstem Interesse studiert, während ich das Kapitel über „Urzeugung?" oder „Ueber die Vererbung" und das Kapitel „Zur Entstehung der Geschwülste" und das Kapitel: „Vom Tode" gar nicht einmal aufgeschnitten habe. Kronthal's Untersuchungen haben zu dem Ergebnis geführt: „Die Nervenzellen gehen dauernd unter und entstehen durch Verschmelzung von Leucocyten dauernd neu."

Deiters und Max Schulze (1865) sprachen noch nicht von Lymphoidzellen und Leucocyten in der Substanz des Nervengewebes. Deiters hielt die Kerne der nicht-nervösen Zellen des Ectoderms, von denen wir heute noch nicht ganz bestimmt wissen, ob sie durchweg Gliazellen sind, d. h. ob sie potentia die Fähigkeit haben, Gliafasern zu produzieren, wenigstens insoweit sie sich anscheinend als „freie Kerne" präsentierten, für „das wahre Aequivalent der Bindesubstanzzellen". Anfangs der 70iger Jahre hat man sie bald dem Nerven-, bald dem Bindegewebe zugerechnet; andere Forscher glaubten, dass sie potentia beides sind, d. h. dass sie sich sowohl zu Bestandteilen des einen oder anderen Gewebes zu entwickeln imstande sind. Im Jahre 1871 sprach sich Henle dahin aus, dass diese „Körner" oder anscheinend „freie Kerne" im unentwickelten, indifferenten Zustande identisch zu sein scheinen mit den Körperchen der Lymphe, den konglobierten Drüsen- und den farblosen Blutkörperchen (amöboiden Körperchen), auf deren weite Verbreitung in den verschiedenartigsten Geweben, in welche sie durch Auswanderung aus den Blutgefässen gelangen sollten, Henle ganz besonders hinwies. Merkel und Henle konnten zwar den Versuch Walther's, dem zufolge die „Körner" des gefrorenen Froschgehirns an aufgetauten Durchschnitten amöboide Bewegungen zeigten, nicht bestätigen,

fanden aber die Rinde eines Huhnes, dem sie Zinnober unter die Dura gebracht hatten, von Zinnoberkörnchen durchsäet. Die Auffassung, dass ein Teil der „Körner“ oder sogenannten „freien Kerne“ wahrscheinlich amöboide Lymphzellen sind, wurde besonders gestützt durch die His'schen Untersuchungen über die perivaskulären und etwas später in noch viel höherem Grade durch die Obersteiner'schen Untersuchungen über pericelluläre Schrumpfräume, welche bekanntlich für ein zusammenhängendes und mit dem sogenannten epipialen Raume kommunizierendes Lymphsystem angesehen wurden. Bald nachdem Obersteiner seine Untersuchungen über die pericellulären Lymphräume veröffentlicht hatte (1870), erschien eine Arbeit von Popoff über das Verhalten der weissen Blutkörperchen in der Grosshirnrinde von an Typhus erkrankten Personen. Im Anschluss an diese Untersuchungen erschienen eine Reihe ähnlicher Arbeiten, deren hervorragendste ohne Zweifel die Mitteilung von Herzog Carl Theodor: „Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde“ (1877) ist. Unter den Resultaten seiner Untersuchungen findet sich an erster Stelle der Satz: „In der Rinde eines jeden Gehirns, auch im normalsten, finden sich ziemlich viele weisse Körperchen.“ Von nun an galt es als ein Dogma, dass im Nervengewebe sich gesetzmässig eine Menge weisser Blutzellen befindet, welche speziell in den pericellulären und perivaskulären Schrumpfräumen angesammelt sind, die aber auch mitten im Parenchym des Nervengewebes angetroffen werden. Merkwürdigerweise wurde nur an der Auffassung der perivaskulären und pericellulären Lymphräume gerüttelt. Wer sich für diese Frage näher interessiert, wird in Binswanger's Buch: „Die pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankung bei der Paralyse u. s w.“ weitere Angaben finden; so auch über die Untersuchungen des Verfassers des vorliegenden Buches über Lymphcapillaren im Gehirn. Der Satz aber, dass weisse Blutkörperchen regelmässige Bewohner des nervösen Parenchyms in Gehirn und Rückenmark sind, blieb in der Folge Dogma.

Meines Wissens war ich der erste, der gegen dieses Dogma Front machte (1894). Ich führte die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen an, aus denen hervorging, dass die sogenannten pericellulären und perivaskulären Räume nichts mit Lymphräumen zu thun haben. Weiterhin zeigte ich, dass weisse Blutzellen im gesunden Nervengewebe ausschliesslich nur in dem Blutstrome kreisen und zwar nach Massgabe der bekannten Verhältniszahlen von roten und weissen Blutkörperchen. Die weiteren Untersuchungen haben die Richtigkeit dieser Sätze durchaus bestätigt.

Es handelt sich bei den Kronthal'schen Behauptungen des ersten Teiles seines Buches nicht etwa um Ansichten, über die man verschiedener Meinung sein kann, sondern um nachweisbare Irrtümer, die mir unbegreiflich sind.

Nissl (Heidelberg).

CXLV) **G. v. Bunge**: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. I. Band; Sinne, Nerven, Muskeln, Fortpflanzung. In 28 Vorträgen. Leipzig, Verlag v. F. C. W. Vogel, 1901.

Als ich die Anzeige dieses Buches zum erstenmale las, empfand ich eine lebhafte Freude. Ich hatte die Empfindung, als ob dieses Buch einen schon längst gehegten Wunsch erfüllen werde. Wohl mancher Fachgenosse wird ebenso gedacht haben, wie ich. Kommt doch der Psychiater und Neurologe

so häufig in die Lage, sich über eine physiologische Frage orientieren zu müssen. Und wer unter uns hätte nicht das lebhafte Bedürfnis, sich in dieser Wissenschaft auf dem Laufenden zu halten? Aber als echte Kinder unserer Zeit verlangen wir, dass uns das Gewünschte gewissermassen auf dem Präsentierteller dargeboten werde. Einer solchen Forderung kann schliesslich nur ein Lehrbuch entsprechen, in dem die ganze Materie abgeklärt und in gutem Deutsch vorgetragen wird. Wohl sind die Gelehrten selten, die solche Lehrbücher schreiben können. Müssen sie doch neben vielen anderen Eigenschaften das ganze weite Gebiet ihres Faches so beherrschen, dass sie nirgends die grossen Gesichtspunkte aus den Augen verlieren, dass sie aber andererseits auch gerade soviel Einzelheiten bringen können, als notwendig sind, um dem Leser ein selbständiges Nachdenken zu ermöglichen. Bunge schien mir ein solcher Gelehrter zu sein.

Mag sein, dass ich meine Erwartungen zu hoch gespannt hatte; jedenfalls erfüllten sie sich nicht in dem Maasse, wie ich es gehofft hatte. Nichts liegt mir ferner, als die Abfassung eines kritischen Referates über das vorliegende Lehrbuch der Physiologie. Das wäre eine Anmassung sondergleichen. Ich bespreche die Bunge'schen Vorträge lediglich von dem Standpunkt eines Psychiaters und Neurologen, der sich über den gegenwärtigen Stand der physiologischen Forschung, über die derzeitigen im Vordergrunde der Diskussion stehenden physiologischen Probleme und über die heutige Stellungnahme der Wissenschaft zu älteren Fragen orientieren will oder auch gelegentlich Aufschluss zu erhalten wünscht über bekannte physiologische Vorgänge, deren Einzelheiten seinem Gedächtnis entfallen sind.

Um meinen Kollegen, die ebenso denken wie ich, berichten zu können, ob das vorliegende Buch derartigen weitgehenden Wünschen entspricht, schlug ich den nächsten Weg ein und studierte vor allem diejenigen Kapitel, deren Inhalt ich genügend zu beurteilen verstand, wie z. B. die Neuronenlehre, die Physiologie des Gehirnes, den Sitz des Bewusstseins, die Leitungsbahnen im Grosshirn, die Funktionen des Grosshirns u. s. w.

Ich sehe sehr wohl ein, dass ein Physiologe unmöglich alle Teile seiner Wissenschaft in gleich vollständiger Weise beherrschen kann. Allein wenn sich ein Forscher entschliesst, ein Lehrbuch zu schreiben, so muss er sich doch insoweit über die verschiedenen Gebiete seines Faches orientieren, dass er nichts direkt Unrichtiges seinen Lesern vorträgt. Wenn Bunge's Lehrbuch der Physiologie mich enttäuscht hat, so waren es nicht an letzter Stelle die vielen ungenauen, ja zum Teil direkt unrichtigen Daten, die ich in den erwähnten Kapiteln gefunden habe.

So heisst es beispielsweise gleich im ersten Vortrag: „Der Axencylinder der Nervenfaser ist nur ein Ausläufer des Protoplasmaleibes der Ganglienzelle und vielleicht analog den Pseudopodien der einzelligen Wesen, der Amöben. Die Amöben senden bekanntlich Fortsätze aus und ziehen sie im nächsten Augenblicke wieder ein. Derselbe Teil der Protoplasmamasse, der in diesem Augenblick das Analogon des Axencylinders ist, ist im nächsten Augenblick das Analogon eines Teiles der Ganglienzelle, des Zentralorgans u. s. w.“ Es ist mir unbegreiflich, wie ein Physiologe einen solchen Satz schreiben kann, ganz abgesehen davon, dass der Axencylinder und die Ganglienzelle nur die Axencylinderfortsatz-Neurofibrillen gemeinsam besitzen und sonst nichts.

Unrichtig ist die auf der nächsten Seite befindliche Angabe über die „Auffassung der neuesten Zeit“, dass namentlich die Fibrillen der Axencylinder und der Ganglienzellen kontinuierlich von einem Neuron auf's andere übergehen und dass das Protoplasma, in welches die Fibrillen eingebettet sind, bloss der Ernährung diene. Bunge verwechselt hier die Bauverhältnisse im Nervensystem der Wirbeltiere mit denen der Wirbellosen und hält nicht genügend die thatsächlichen Kenntnisse des Verhaltens der Fibrillen von gelegentlich ausgesprochenen Vermutungen auseinander. Ueberhaupt sind seine Ausführungen über die Neuronenlehre fast Satz für Satz angreifbar. Recht deplaziert und durchaus unbegründet ist die ebenfalls im ersten Vortrag gemachte Bemerkung über die in den nervösen Elementen enthaltenen Neurofibrillen, dass „die Histiologen immer und immer wieder in den Fehlschluss verfallen, dass das, was sie unter dem Mikroskop am deutlichsten sehen, auch die wichtigsten physiologischen Funktionen haben müsse.“

Sehr wenig befriedigt haben mich die beiden Vorträge: „Physiologie des Gehirnes, Sitz des Bewusstseins“. Nach meiner Auffassung erheben sie sich nicht viel über einen artigen Feuilletonaufsatz.

Die beiden folgenden Vorträge behandelten „die sensiblen und motorischen Bahnen im Rückenmark und Gehirn“. An der Hand der heute üblichen klaren, einfachen und leicht verständlichen Schemata der Hirnfaserung referiert Bunge über die wichtigeren motorischen und sensiblen Bahnen. Dieses Referat nimmt den Hauptinhalt der beiden Vorträge ein. Das Lehrbuch der Physiologie wäre darum nicht weniger vollständig, wenn Bunge die allgemein verbreiteten Anschauungen der Hirnfaserlehre über die sensiblen und motorischen Hauptbahnen nicht referiert hätte. Zur Erörterung der, wie er ausdrücklich betont, von ihm zuerst ausgesprochenen Vermutung, „dass bereits in der Retina Licht und Farbenempfindungen uns zum Bewusstsein kommen können“, bedurfte er doch wahrhaftig nicht des Monakow'schen Schemas der Sehbahn von der Retina bis zur Hirnrinde.

Anders wäre die Sachlage, wenn Bunge die sensiblen und motorischen Bahnen im Sinne der heutigen Faseranatomie vom physiologischen Gesichtspunkte aus zu erörtern beabsichtigte, wenn er z. B. die kopierten allgemein verbreiteten Faserschemata auf ihre physiologische Richtigkeit geprüft und die Frage aufgeworfen hätte, inwiefern die Faseranatomen die physiologische Zusammengehörigkeit der einzelnen Glieder einer mehr als zweigliedrigen Bahn erkennen. Hierzu wären weder eigene faseranatomische Spezialuntersuchungen noch die Beherrschung der gesamten faseranatomischen Litteratur erforderlich gewesen. Die genaue Orientierung über den gegenwärtigen Stand unserer wirklichen Kenntnisse des elementaren Aufbaues des Nervensystems und die wissenschaftlichen Hilfsmittel zur Feststellung der elementaren Architektonik hätten zu der sicheren Erkenntnis genügt, dass die Faseranatomie wohl komplizierte Markfasermassen in Bündel gleichverlaufender Fasern zu zerlegen und den Verlauf solcher Vielheiten gleichverlaufender Fasern in jeglicher Beziehung zu ermitteln imstande ist, dass aber auch mit der Feststellung des genaueren Verlaufes eines Bündels gleichverlaufender Markfasern und, wenn die Verhältnisse günstig liegen, mit der Erkennung der Ursprungskerne sowie desjenigen Graues, in welchem die Fasern ihr Mark verlieren, die Grenze der wirklichen Leistungsfähigkeit der Faseranatomie erreicht ist. Jedenfalls wäre

es von grossem Interesse gewesen, das Urteil eines Physiologen über die physiologischen Beziehungen zweier Bündel gleichverlaufender Fasern zu hören, von denen in einwandsfreier Weise festgestellt werden konnte, dass die Ursprungszellen des einen in demselben Grau sich befinden, in welchem die Fasern der andern Vielheit ihre Markscheiden verlieren. Dasselbe gilt von der physiologischen Beurteilung jener Nervenzellen, welche in dem von Bunge abgebildeten Schema der zweigliedrigen Sehbahn zwischen den im gleichen Grau ihre Markscheiden verlierenden Fasern des einen Bündels und den ebendaselbst etablierten Ursprungszellen des zweiten Fasergliedes eingeschaltet sind, während in allen anderen von Bunge aufgenommenen Faserbahnenschemata zwischen den funktionell in Zusammenhang stehenden Gliedern mehrgliedrigerer Bahnen keine Schaltzellen sich einschieben.

Die Bahn der willkürlichen Bewegungen ist zum mindesten eine zweigliedrige Bahn. Es besteht nicht der geringste Zweifel, dass die Pyramidenbahn mit der Bahn des peripheren motorischen Nerven in Beziehung steht. Allein diese Erkenntnis ist nicht das Forschungsergebnis der Faseranatomie. Denn wir haben gesehen, dass diese nur den Verlauf, die Eigenschaften, die topographischen Beziehungen und schliesslich, wenn die Verhältnisse günstig liegen, auch die Ursprungszellen einer Vielheit gleichverlaufender Fasern, sowie das Grau, in dem diese Fasern ihre Markscheiden abgeben, nicht aber die Zugehörigkeit eines nach allen Richtungen hin erforschten Bündels markhaltiger Fasern zu einem zweiten, mit letzteren Fasern funktionell verknüpften Markfaserbündel zu ermitteln imstande ist. Die Thatsache der zweigliedrigen Willensbahn ist auf Grund physiologischer Experimente sowie neurologischer Untersuchungen erkannt worden. Trotzdem die Willensbahn zu den am besten durchforschten Faserbahnen gehört, obschon der Faseranatom aus der Neurologie und Physiologie ganz bestimmt weiss, dass die Bahn des peripheren motorischen Nerven mit der Pyramidenbahn physiologisch verknüpft sein muss und die Faseranatomie des Rückenmarkes gegenüber andern Teilen des Zentralorgans relativ einfache Verhältnisse darbietet, vermag Niemand zu sagen, wie sich das erste Glied der Willensbahn — die Pyramide — zum zweiten Gliede derselben — peripherer motorischer Nerv — anatomisch verhält. Freilich nach der Darstellung Bunge's ist es erwiesen, dass von den Pyramidenvorderstrangbahnfasern des Rückenmarkes, sowie von den Pyramidenseitenstrangbahnfasern Kollateralen abgehen und dass deren Endbäumchen zu den Ganglienzellen der Vorderhörner in Beziehung treten. Ich sehe nun nicht ein, warum Bunge bei der Sehbahn Schaltzellen zwischen dem ersten und zweiten Gliede der Sehbahn anerkennt, während er bei der Willensbahn die Schaltzellen zwischen dem ersten und zweiten Gliede desavouiert, obschon Monakow, einer der besten Kenner der Faseranatomie, solche in der Willensbahn nachgewiesen zu haben behauptet.

In dem Vortrag „Funktionen des Grosshirns" hätte ich eine kritische Darlegung des heutigen Standes der Lokalisationslehre erwartet. Statt dessen bekennt sich Bunge als Anhänger der Flechsig'schen Assoziations- und Projektionszentren. Dagegen wäre schliesslich nichts einzuwenden, wenn Bunge die Flechsig'sche Lokalisation für die richtige hält. Aber man muss doch einen derartigen Standpunkt auch begründen.

Es ist mir nicht klar geworden, welche Vorstellung Bunge mit dem

Begriff Assoziation und Assoziationsfaser verknüpft. „Von den verschiedenen Sinneszentren aus schieben sich allmählich (nämlich nach der Geburt bei der Entwickelung der Assoziationszentren) Markscheiden in die geistigen Centren vor und laufen dort zusammen. So ist vielleicht die Assoziation zu erklären.“ Wie es scheint, gebraucht er den Begriff Assoziationsfaser für Fasern, welche der psychischen Funktion dienen. Meiner Ansicht nach ist die Assoziation ein ganz bestimmtes psychisches Phänomen, das darin besteht, dass in unserem Bewusstsein fortwährend Vorstellungen auftauchen, die unwillkürlich jeden Sinneseindruck und jede Vorstellung begleiten; Bunge jedoch scheint den Begriff Assoziation und psychische Thätigkeit als Synonyma zu gebrauchen.

Bunge's Vorträge lassen Niemanden darüber im Zweifel, dass weder seine anatomischen noch seine psychiatrischen Kenntnisse ihn zu einer wissenschaftlichen Kritik der Flechsig'schen Angaben befähigen.

Ich glaube es den Manen Gudden's schuldig zu sein, nicht mit Stillschweigen über die Erklärung Bunge's hinwegzugehen, dass es das Verdienst Paul Flechsig's ist, die Pyramidenbahnen genauer verfolgt zu haben. Ich mache Bunge wegen dieses Satzes nicht den geringsten Vorwurf; denn derselbe kann auch richtig aufgefasst werden. Die Erfahrung aber lehrt, dass man merkwürdigerweise ziemlich allgemein Flechsig als denjenigen Forscher bezeichnet, der die Pyramidenbahn zuerst genauer verfolgt hat. In dem grossen jüngst erschienenen Handbuch der Anatomie von Bardeleben vertritt Ziehen, der die Anatomie des Nervensystems bearbeitet hat, dieselbe Auffassung, was um so auffallender erscheint, als sich die Ziehen'sche Bearbeitung des Nervensystems speziell durch ihre reichhaltigen Litteraturangaben auszeichnet. Den Verlauf der Pyramidenbahn und ihre Abhängigkeit vom Stirnhirn hat nämlich Gudden viele Jahre vor der Veröffentlichung des Flechsig'schen Buches festgestellt und hat sogar Flechsig die diesbezüglichen Präparate gezeigt. Daraus geht zweifellos hervor, dass das Verdienst, die Pyramidenbahn zuerst genauer verfolgt zu haben, Gudden und nicht Flechsig gebührt.

Unter den Persönlichkeiten, die in dem Bunge'schen Lehrbuch genannt sind, spielt eine ausserordentlich wichtige Rolle — Franz Joseph Gall, der Vater der Phrenologie. Bunge nennt Gall einen genialen bahnbrechenden Forscher, dem das Hauptverdienst bei der Entdeckung des Sprachzentrums gebühre. Bunge geht soweit in dem Enthusiasmus für Gall, dass er allen Ernstes die Lehre Gall's von den Beziehungen der Kleinhirnfunktionen zum Geschlechtsleben erwägt. Er kommt zu dem Schlusse, dass diese Lehre zwar sehr schwach begründet, aber keineswegs widerlegt ist. Sie bleibt daher „eine blosse Vermutung, eine Fragestellung“. „Möge sie — so ruft Bunge aus — zu fruchtbringenden Forschungen den Anstoss geben.“

Bunge weiss nicht ein einziges stichhaltiges Argument Gall's zu nennen, durch welches der von letzterem vermutete Zusammenhang zwischen Geschlechtsleben und Kleinhirnfunktion gestützt werden könnte. Luciani, der sich viele Jahre lang speziell mit dem Kleinhirn beschäftigte, stellte die Richtigkeit der Gall'schen Vermutung durchaus in Abrede. Und trotz alledem hält Bunge den von Gall vermuteten Zusammenhang zwischen Kleinhirn und Geschlechtsleben nicht für widerlegt. „Wir müssen bedenken“, sagt Bunge wörtlich, „wie innig das Geschlechtsleben bei den höheren Tieren mit allen Seiten des bewussten Seelenlebens zusammenhängt und welche wichtige Rolle das bewusste

Seelenleben bei der individuellen Zuchtwahl spielt. Es ist denkbar, dass das Kleinhirn den Zusammenhang zwischen der Innervation der Geschlechtsorgane und der bewussten Seelenthätigkeit vermittelt. Bei dieser Annahme wäre es möglich, dass nach Wegfall des Kleinhirns dennoch die Geschlechtsorgane innerviert werden und der physische Geschlechtsakt zustande kommt, aber ohne die normale Beteiligung des bewussten Seelenlebens. Dieser Meinung war auch Gratiolet: er erwähnt eine Angabe, nach welcher ein Mädchen ohne Kleinhirn der Masturbation ergeben war, und fügt hinzu, es folge daraus nur, dass die Funktion des Kleinhirns nicht der alleinige Sitz des Geschlechtstriebes sei; es sei aber dennoch sehr wohl möglich, dass die Funktionen des Kleinhirns beim Geschlechtsleben mitspielen u. s. w."

Es kommt aber noch besser. Bunge bemerkt zwar, dass wir vom Faserverlauf des Kleinhirns noch sehr wenig wissen. Das Wenige aber „scheint", wie Bunge bemerkt, „zur Annahme Gall's zu stimmen." Beweis: Der Geschlechtstrieb kann von allen Sinnen aus erregt werden und zweitens werden die Geschlechtsorgane vom Sympathikus innerviert. Nun aber steht das Kleinhirn mit allen Sinneszentren in Verbindung und zweitens ist es wenigstens indirekt durch Vermittelung des Vagus mit dem Sympathikus verknüpft. Also scheint das Wenige, was wir über den Faserverlauf im Kleinhirn wissen, zur Angabe Gall's zu stimmen.

Solchen tiefgründigen Ausführungen gegenüber ist eine Kritik überflüssig.

Wer Bunge's Vorträge über „das Kleinhirn" und über „F. J. Gall und das Sprachzentrum" liest, wird Gall für einen der bedeutendsten Naturforscher seiner Zeit halten. Ihm gebührt „das Hauptverdienst bei der Entdeckung des Sprachzentrums"; er war „ein ausgezeichneter Hirnanatom"; „er ist der Begründer der modernen Lokalisationslehre"; er „kannte genau den Ursprung des Sehnerven" und wusste, dass die „Sehnervenkreuzung partiell ist"; er „kannte den Ursprung der Pyramidenfasern aus den Grosshirnhemisphären" und bildete „deren Kreuzung ab". Bunge zitiert die Worte von Möbius, welcher wie Bunge „staunend vor Gall's Leistungen still steht" und meint, dass eine ganze Reihe von Gelehrten sich mit den Leistungen Gall's „Unsterblichkeit erwerben könnte". Seine Ausführungen über Gall nennt Bunge „eine Ehrenrettung des grossen Forschers und edlen Charakters" u. s. w.

Kurz vor dem Erscheinen des Bunge'schen Lehrbuches der Physiologie veröffentlichte Rieger eine Monographie über die Kastration. Dieselbe ist eine wissenschaftliche Musterleistung. Was über die Kastration in rechtlicher, sozialer und vitaler Hinsicht su sagen ist, findet sich im Rieger'schen Buche. Unter anderem wird auch die Vermutung Gall's über den Zusammenhang von Kleinhirnfunktion und Geschlechtsleben ausführlich behandelt. Rieger spricht sich hierüber folgendermassen aus: „Thatsächlich fehlt jeder Schatten eines Beweises dafür, dass das Kleinhirn etwas zu thun habe mit dem Geschlechtstrieb; und alles, was Gall darüber hat drucken lassen, sind Produkte des blödsinnigsten Altweiberglaubens."

Rieger, der mit Fug und Recht die Gall'sche Phrenologie als eine Thorheit bezeichnet, beschäftigt sich ebenso wie Bunge genauer mit Gall und seinen Forschungsergebnissen, kommt aber zu einem diametral entgegengesetzten Urteil über Gall. Es genügt Rieger's Worte zu zitieren: es ist „die Wahrheit, wenn ich sage, dass Gall, den Möbius einen grossen Mann heisst, ein frecher und dabei halbblödsinniger Schwindler war".

Entspricht nun das Urteil Rieger's der Wahrheit, oder ist Gall wirklich der unsterbliche Forscher und edle Charakter, wie Bunge und übrigens auch Moebius glaubt, oder trifft etwa gar keines der beiden Urteile zu?

Nach meiner Auffassung ist es nicht schwer, sich an Hand des Riegerschen Buches und der Physiologie von Bunge ein selbständiges Urteil über Gall zu bilden. Jeder Satz, den Rieger niederschreibt, ist bis in seine Einzelheiten begründet. Moebius hat die Leistungen Gall's ihrem wahren Werte nach zu würdigen und denselben als einen der hervorragendsten Naturforscher seiner Zeit hinzustellen versucht. Rieger aber widerlegt schlagend und einwandsfrei die Ausführungen von Moebius. Bunge's „Ehrenrettung" Gall's jedoch macht nicht den Eindruck, dass sie ebenso wie das Urteil Rieger's über Gall die Frucht eines peinlich genauen Studiums aller Werke von Gall ist; viel näher liegt die Annahme, dass Bunge's Urteil über Gall auf die Lektüre der Moebius'schen Ausführungen zurückzuführen ist.

Ich glaube zur Genüge begründet zu haben, dass die vorliegenden Vorträge Bunge's die Wünsche des Neurologen und Psychiaters, der sich über den gegenwärtigen Stand der physiologischen Forschung orientieren, der sich in der Physiologie auf dem Laufenden erhalten will u. s. w., nicht zu befriedigen imstande sind. Ich brauche es wohl nicht eigens zu betonen, dass das Buch Bunge's neben den vielen Schattenseiten auch sehr viel Lichtseiten besitzt. Bunge zählt die physiologischen Thatsachen nicht an den Fingern auf und macht auch nicht Unterschiede zwischen Gross- und Kleingedrucktem. Die Vorträge sind vielmehr abgerundete Bilder, welche dem Leser eine gute Uebersicht über die gerade behandelte Materie geben und vorzüglich und anregend geschrieben sind. Ich bin begierig auf den zweiten Band, in dem der Verfasser diejenigen Gebiete der Physiologie behandelt, über welche er selbst gearbeitet hat.

Nissl (Heidelberg).

III. Vereinsberichte.

I.

XI. Kongress der italienischen psychiatrischen Gesellschaft zu Ancona

vom 29. September bis 3. Oktober 1901.

Der Bericht über diesen Kongress erscheint etwas verspätet, da die gedruckten Verhandlungen, welche einen stattlichen Band von fast 500 Seiten füllen, erst spät zur Ausgabe gelangt sind. Man kann über den Nutzen dieser allgemeinen Zusammenkünfte geteilter Meinung sein, da in der Regel viel geredet, noch mehr gedruckt und meist herzlich wenig erreicht wird. Jedenfalls aber ist der Kongress, wie ein italienischer Berichterstatter versichert, nicht nur ebenso wichtig gewesen, wie die vorangegangenen, sondern auch besonders ausgezeichnet durch das Ueberwiegen der zusammenfassenden Berichte über die einfachen Mitteilungen. Man strebt auch dahin, künftig alles bei den Vorträgen auszuschliessen, was nicht eine direkte Beziehung zu den Hauptthemata hat, die nacheinander Anatomie und Physiologie, Neurologie, allgemeine Psy-

chiatrie und gerichtliche Psychiatrie umfassen und höchstens will man noch anatomische, klinische oder experimentelle Demonstrationen zulassen. Dadurch und durch Einschränkung der Festlichkeiten hofft man mehr Zeit zu gewinnen.

Der Präsident der Gesellschaft, Prof. Tamburini, eröffnete nach den üblichen Ansprachen die Sitzung mit dem ersten allgemeinen Thema über „die Fortschritte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert und ihre Zukunft im 20. saeculum". Mit Chiarugi und Pinel, den beiden grossen Aposteln der Psychiatrie, begann die lange Reihe der Männer, die vor allem in ihrem Fach Hervorragendes geleistet hatten. Esquirol, Calmeil, Parchappe, Verga, Morel, Griesinger durften nicht fehlen, um nur einige der älteren Irrenärzte zu nennen. Golgi als Vertreter der Histologie und Luciani als Physiologe wurden besonders gefeiert, ebenso wie natürlich ausführlich Lombroso's und Bonfigli's gedacht wurde.

Die rasche Ausdehnung, welche die Psychiatrie in den letzten 25 Jahren auch in Italien gewonnen hat, illustriert am besten die Thatsache des Anwachsens der in Anstalten verpflegten Kranken von 12 000 auf 36 000 mit einer gleichzeitigen Steigerung der Ausgaben fast um das vierfache. Ob es im neuen Jahrhundert gelingen wird, erfolgreich gegen das weitere Umsichgreifen psychischer Erkrankungen vorzugehen, muss wohl zweifelhaft erscheinen, da nach Vernichtung und Einschränkung der jetzt bekannten schädlichen Einflüsse wieder neue, noch unbekannte erscheinen werden.

Am zweiten Tage folgte ein umfassender Bericht Seppilli's über die Fortschritte der Neurologie in den letzten Jahren: die Flechsig'schen Hypothesen, die Neurontheorie, die kortikale Aphasie, Differentialdiagnose zwischen hysterischer und organischer Aphasie wurden hauptsächlich erwähnt und darüber kurz debattiert, während Tamburini in seinem Referat über die Fortschritte der Therapie merkwürdigerweise und unwidersprochen die Behandlung der Epilepsie nach Richet und Toulouse empfehlen konnte, die allgemein nur Fiasko gemacht hat.

Das so häufig schon bearbeitete Thema der Einteilung der Psychosen hatte in De Sanctis' Hauptthema eine Wiedergabe gefunden, die aber keinen Anspruch auf besondere Originalität machen kann, sondern im Wesentlichen sich an die Nomenklatur der Heidelberger Schule anschliesst. Deshalb erübrigt sich hier eine Wiedergabe der aufgestellten sieben Gruppen, über die man sich schliesslich nach längerer Diskussion einigte.

Auch die oft besprochene Paralyse war zu einem allgemeinen Thema bestimmt worden, das Prof. Bianchi behandelte. Syphilis als Ursache fand er in 60 $^0/_0$, eine Angabe, die von andrer Seite als zu niedrig bezeichnet wurde.

Die letzten Vorträge über praktische Hinweise, welche die Psychiatrie für die Pädagogik geben könne, und über die Erziehung Hinfälliger und Schwachsinniger, für die ländliche und industrielle Kolonien empfohlen werden, können, da sie ebenfalls nichts wesentlich Neues bringen, füglich übergangen werden.

Für den nächsten Kongress im Jahre 1903 ist Genua gewählt worden.

Klinke.

II.

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad (21.—27. September 1902).

Bericht von Dr. **Lilienstein**-Bad Nauheim.

(Neurologisch-psychiatrische Abteilung.)

298) **Eulenburg**-Berlin spricht über die Technik einiger neueren elektrotherapeutischen Methoden, die Behandlung mit hochgespannten Strömen (Tesla-d'Arsonval), die sogen. monodischen Voltströme (Jodko-Narkiewicz), die „Permea"-Elektrotherapie (System Konrad) und das elektrische Vierzellenbad von Schnée.

299) **Pilcz**-Wien: Ergebnisse elektrischer Untersuchungen an Geisteskranken.

Ausgehend von den Beziehungen zwischen Polyneuritis und manchen akuten Psychosen (endo- und exogen-toxische Aetiologie, Korsakoff'sche Psychose) suchte P. bei anderen Psychosen nach leichtesten neuritischen Symptomen. Speziell die „Zuckungsträgheit" wurde, graphisch nachgewiesen, als Merkmal verwandt. Es fand sich (60 Fälle, ca. 1200 Einzeluntersuchungen) exquisite Zuckungsträgheit besonders in den distalsten Muskeln (kleine Hand und Fussmuskulatur) in der Mehrzahl der Fälle von „Amentia", ebenso bei einem Fall von Delirium acut., der psychisch schon geheilt war. Bei den Alkoholdeliranten fanden sich häufigere und schwerere Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, als bei den anderen Psychosen auf alkoholischer Basis. Auch bei Paralytikern fanden sich leichte Veränderungen.

(Ausführl. Publik.: Jahrbücher f. Psychiatrie etc. XXI. Bd., 1902.)

300) **Marinesco**-Bukarest berichtet von Ergebnissen seiner Untersuchungen über spinale Lokalisation, indem er Zeichnungen und Präparate demonstriert.

Die motorischen Kerne für die Extremitäten sind nicht segmental angeordnet. Für verschiedene Muskelgruppen derselben Extremität finden sich die Kerne häufig in verschiedener Höhe des Rückenmarks. Bei der Lokalisation der motorischen Kerne scheint in erster Linie die Funktion massgebend zu sein. (Vgl. ausführl. Ref. in d. „Monatsschr. f. Psych. u. Neur.", Oktober 1902.)

301) **Rothmann**-Berlin: Ueber die Ergebnisse der experimentellen Ausschaltung der motorischen Funktion und ihre Bedeutung für die Pathologie.

Vortr. fasst seine Ergebnisse folgendermassen zusammen:

1. Bei höheren Säugetieren bis zum Affen ist die Pyramidenbahn nicht die alleinige Leitungsbahn für die motorische Funktion. Doppelseitige Zerstörung der Py-Bahn führt zu keinen längerdauernden wesentlichen Ausfallserscheinungen.

2. Die Restitutionskraft der motorischen Funktion bei höheren Säugetieren (inkl. Affen) ist so gross, dass die völlige Zerstörung der motorischen Leitungsbahnen einer Rückenmarkshälfte keine dauernde Lähmung bewirkt.

3. Beim Menschen zeigt sich in entsprechenden Fällen von Hirn- und Rückenmarksaffektionen:

a) Akute Zerstörung der Py-Bahn allein bei Intaktheit der übrigen motorischen Bahnen (Erweichung einer Pyramide in der Medulla

oblongata) führt zu einer mässigen Parese der entsprechenden Extremitäten.

b) Akute Zerstörung der Py-Bahn und der übrigen Leitungsbahnen in der inneren Kapsel oder in einer Rückenmarkshälfte bewirkt schlaffe (? Ref.) Lähmung, die nach einigen Wochen einer allerdings unvollkommenen Restitution Platz macht. Auch bei völlig durchtrennter Rückenmarkshälfte wird das ursprünglich gelähmte Bein wieder gebrauchsfähig.

c) Die reinen seltenen, chronisch verlaufenden Fälle der spastischen Spinalparalyse mit doppelseitiger Erkrankung der Py-Seitenstrangbahn gehen ohne eigentliche Lähmung einher. Auch die stets vorhandene Hypertonie darf nicht auf die Py-S.-Bahn bezogen werden.

d) Dauerndes Symptom des Ausfalls der Pyramidenleitung ist daher nur die Steigerung des Sehnenreflexes.

e) Die Pyramidenbahn allein ist imstande, die motorische Funktion aufrecht zu erhalten. (Halbseitenläsion der medulla oblongata.)

4. So stimmen die Ergebnisse des Tierexperiments und der menschlichen Pathologie ziemlich überein. Die Bedeutung der Py-Bahn für die motorische Funktion ist beim Menschen etwas grösser. Die Restitutionskraft der motorischen Funktion ist beim Menschen kaum etwas geringer, als beim höheren Säugetier.

(Autoreferat.)

Diskussion: Anton, Hänel.

302) **Anton**-Graz: Hirnhypertrophie mit Befunden an Thymus und Nebennieren.

23 jähriger Idiot mit epileptischen Anfällen, mangelhafter spontaner Beweglichkeit, starb im stat. epilepticus. Gehirn wog 2055 g, war symmetrisch, in allen Teilen proportional vergrössert. Windungen platt gedrückt, Furchen tief eingeschnitten. Mässiger Hydrocephalus internus. — Die Thymus war erhalten. Das Herz wachsgelb, degeneriert. Die Nebennieren bildeten zwei zyst. Hohlräume. Die Rinde derselben erhalten. Verf. weist auf die Beziehungen zwischen Nebennieren, Thymus und Gehirn hin. (Vasokonstriktorische Wirkung des Nebennierensekrets-Borrutau.)

Diskussion: Obersteiner, Stekel.

303) **Münzer**-Prag: Zur Lehre vom Neuron.

Vortragender hat die Versuche Bethe's, die Regeneration peripherer Nerven betreffend, einer Nachprüfung unterzogen. Nach 54 bezw. 150 Tagen fand M. keine elektrische Erregbarkeit des peripheren Nerven, dagegen markhaltige Fasern in dem mit dem Muskel verwachsenen Stumpf, die durch den Muskel mit dem zentralen Stumpf in Beziehung standen. M. stellt die Beweiskraft der Bethe'schen Versuche in Frage.

Diskussion: Raimann, Lilienstein, Obersteiner.

304) **Sträussler**-Wien: Folgezustände foetaler Hydrocephalie.

Verlagerung des Zentralkanals durch Kleinhirnmasse bei starkem Hydrocephalus, Rachischisis und anderen Missbildungen. (Unterentwicklung des Kleinhirns, Fehlen des Fornix und Balkens, Heterotopien grauer Substanz u. s. w.) Vortr. hält den Hydrocephalus u. s. w. für die Folge der Verlagerung des Zentralkanals und nicht die Entwicklungshemmungen, Heterotopien u. s. w. für Folgen des Hydrocephalus. (Demonstration von Zeichnungen und Präparaten.)

305) **Frl. von Leonowa**: Entwicklungsabnormitäten des Zentralnervensystems bei Cyclopie.

In dem untersuchten Fall von Cyclopie, Mikrocephalie u. s. w. war nur Rückenmark, med. oblong. und Zwischenhirn vorhanden. Das Kleinhirn war kaum angedeutet. Vortragende bespricht die Theorie von Dareste über die Entstehung der in Frage stehenden Missbildungen, mit der die Ergebnisse des vorliegenden Falles voll übereinstimmten.

Diskussion: Sternberg, Anton.

306) **Marburg**-Wien: Zur Pathologie der grossen Hirngefässe.

Vortragender fand isolierte Verkalkungen der Elastica bei einem 6jährigen Kind (Scharlach und Rhachitis) und bei einem 24jährigen Manne (akute Eiterung). M. nimmt für viele Fälle die Elastikaerkrankung als das primäre an. Echte Knorpelbildung in der Intima wurde als direkt aus Bindegewebe entstanden nachgewiesen.

307) **von Jaksch**-Prag demonstriert drei Fälle von Manganerkrankung.

Dieselben bieten ein Krankheitsbild, das mit der multiplen Sklerose die grösste Aehnlichkeit hat. Typisch erscheint: die Retropulsion, spastischer Gang, skandierende Sprache. Zwangslachen, Zwangsweinen. Die Intelligenz leidet manchmal. — Intentionstremor, Ataxie, Romberg'sches Phänomen, Sensibilitätsstörungen, Schmerzen fehlen stets. Prognose auch nach dem Fortfall der Schädlichkeit (Manganoxydul) schlecht. Im Harn konnte Mg. nicht nachgewiesen werden.

Diskussion: Marinesco, von Wagner, Obersteiner, Haenel, Rothmann.

308) **Fr. Pick**-Prag: Klinische Temperatursinnsprüfung.

Mittelst eigens hierzu konstruierten Apparates wurden die bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiet nachgeprüft. Farad. Strom, Menthollösung erhöhen die Wärmeschwelle; Morphium, Cocain, venöse Hyperämie und Anämie setzen sie herab. Tabes, Myelitis, Neurasthenie, Hysterie, Fieber verändern gleichfalls die Wärmeempfindlichkeit.

309) **Sternberg**-Wien: Zur Physiologie des Centralnervensystems nach Studien an Hemicephalen.

Eine hirnlose Missgeburt starb drei Tage alt. Vorhanden waren: Rückenmark, Med. oblongata bis in die Gegend des Loc. coeruleus, ein rudimentäres Kleinhirn. — Pyramidenbahn, Monakow'sches und Gowers'sches Bündel, sowie die Kleinhirnverbindungen der Olive und des Pons fehlten. Lebensäusserungen fast wie bei normalen Kindern: Schreien, Saugen, Arm- und Handbewegungen, spontaner und reflektorischer Lidschluss. Schmerz und Unwillen ausdrückende Grimassen bei entsprechendem Reize. Es fehlten Abwehrbewegungen der Extremitäten (z. B. beim Kitzeln der Nasenschleimhaut), ebenso Reaktionen auf Licht und Schall.

Diskussion: Anton, von Leonowa.

310) **Wiener**-Prag: Das Zwischen- und Mittelhirn des Kaninchens. (Veröfftlg. in d. Mtsschr. f. Neurol. u. Psychiatrie. Oktoberheft.)

Diskussion: Rothmann, Münzer.

311) **Emil Raimann**-Wien berichtet über einen Fall von Polioencephalitis sup. acuta nebst Korsakoff'scher Psychose aussergewöhnlicher Aetiologie. Es war nämlich Alkoholismus mit Sicherheit auszuschliessen, es ging auch keine Infektionskrankheit voraus: hingegen bestand, wie die Obduktion lehrte, ein chronischer Darmprozess (Lymphoscarcomatose mit Geschwürbildung), chronischer Katarrh und es musste eine auf diesem Boden erwachsene Autointoxikation zu der Neuropsychose geführt haben. R. weist darauf hin, dass die gastroinstestinale Autointoxikation in der Aetiologie des vorliegenden Symptomenkomplexes eine grössere Rolle spielen dürfte, als man bisher glaubte. Schliesslich bestätigt der Fall, dass die Cerebropathia Korsakoff's einer Polioencephalitis sup. acut. entspricht und gestattet die Erweiterung dieses Satzes auch für Fälle, die nicht auf alkoholischem Boden stehen. (Autoreferat.)

312) **Rosenfeld**-Karlsbad stellt zwei Patienten mit Raynaud'scher Krankheit, kombiniert mit Sklerodermie, vor.

313) **Meschede**-Königsberg: Ueber die Gruppierung der Psychosen.

M. möchte bei der Gruppierung und der Bezeichnung der Psychosen sowohl nosologische als auch symptomatische Gesichtspunkte in Anwendung gezogen wissen.

Diskussion: Aschaffenburg (hält die Prognose für das praktisch Wichtigste).

314) **Stransky**-Wien: Diskontinuierliche Zerfallsprozesse an peripheren Nerven.

Nervendegenerationen werden an mit Blei vergifteten Kaninchen mit Berücksichtigung der Arbeit von Gombault studiert, meist nach Marchi gefärbt. Es zeigte sich u. a., dass parenchymatöse und Waller'sche Degeneration zu trennen ist und dass eine trophische Selbständigkeit der Ranvier'schen Segmente besteht.

315) **Fuchs**-Wien: Ein neurasthenisches Pulsphänomen.

Die funktionellen Störungen der Herzthätigkeit (Arythmie u. s. w.) bei Neurasthenikern beruht auf Vagusreizung, wie in einem Fall durch Darreichung von Atropin (Vagusgift) nachgewiesen wurde. Die in der Pulskurve sichtbare Störung der Herzthätigkeit nach ganz geringen Muskelleistungen blieb unter dem Einfluss des Atropins aus.

316) **E. Kalmus**-Prag: Skizze des derzeitigen Standes der Irrenpflege in Böhmen.

Für ca. $6^1/_2$ Millionen Einwohner bestehen fünf öffentliche Anstalten: Prag, Dobran, Kosmanos und die Filialanstalten Ober-Berkowitz und Woporran. Dobran mit 1500 Kranken ist die modernste. Insgesamt standen im Jahre 1901 4176 Plätze (= 0,661 : 1000 Einw.) zur Verfügung. Die Anstalten sind stets überfüllt. Am meisten Prag (1445 Kranke auf 800 Plätzen). Zur Zeit stehen durch Neubauten 4412 Plätze zur Verfügung.

Es sollen zwei psychiatrische Kliniken (eine czechische nnd eine deutsche) in Prag errichtet werden; eine grosse Anstalt an Stelle der jetzigen Prager mit 2000 Plätzen. Die wünschenswerte und (wenigstens in Deutschland) übliche Zahl der Betten 2 ‰ der Bevölkerung wäre erst erreicht, wenn ausser diesen geforderten Vermehrungen weitere 6000 Plätze geschaffen würden. Vortragender glaubt, dass die Gründung von „Irrenhilfsvereinen" die Verhältnisse bessern könnte. Ausserdem seien anzustreben: 1. Anstalten für Schwachsinnige (Hilfs-

schulen), 2. Anstalten für Epileptiker (Kolonien nach A. Pick), 3. solche für Alkoholiker. (1901 wurden in Böhmen 2500 „notorische Trinker" gezählt.)

317) **Löwenthal**-Braunschweig: Die objektiven Symptome der Neurasthenie.

Unter den objektiven Störungen sondert L. zwei Klassen ab: 1. die rein objektiven, 2. die bedingt objektiven. Die rein objektiven Störungen setzen sich zusammen aus solchen der allgemeinen Ernährung und des Stoffwechsels (Körpergewicht fast immer vermindert), ferner aus solchen im Gebiete der glatten Muskulatur, sowie der Drüsenthätigkeit.

Bezüglich der vegetativen Sphäre findet L., dass die erschöpfte Nervenzelle zu Dauerkontraktion im Gebiete der glatten Ringmuskulatur neigt und weist dies an den Vasomotoren, ferner am Verdauungs-, Genital- und Respirationstraktus nach (z. B. Dysmenorrhoea membranacea, Colica mucosa, Asthma neurasthenicum). Zu den rein objektiven Störungen in der willkürlichen Muskulatur gehören die Veränderungen der Sehnenreflexe, der Tremor und verwandte Störungen.

Als bedingt objektiv bezeichnet L. diejenigen Symptome, welche das Produkt aus einem experimentellen Reize und der Angabe des Untersuchten darstellen. Von solchen Störungen erwähnt Vortragender die von ihm gefundene nachweisbare Herabsetzung der Reizschwelle für faradischen Schmerz und die feineren Koordinationsstörungen. Ein Teil der Symptome, die sonst als hysterisch gedeutet werden, wird vom Vortragenden der Neurasthenie zugewiesen. Für die Lokalisation der objektiven Symptome zieht Redner die Edinger'sche Theorie des ungenügenden Ersatzes heran. (Autoreferat.)

318) **Marino**-Triest: Ueber Konvergenzreaktion der Pupillen.

M. transplantierte an acht Affen die Augenmuskeln (Rect. internus. Obliqu. sup. Abducens). Einige Zeit nach der Operation stellte sich die Konvergenzreaktion wieder ein. Farad., ja sogar mechan. Reizung der betr. Muskeln, die eine Einwärtsdrehung des Bulbus bewirkten, lieferte die Reaktion. Vortragender schliesst daraus, dass die Kontraktion der Pupillen auf einer Reizung (Dehnung) der Ciliarnerven und des Ganglion ciliare beruhe. Es gebe keine Zentren im Gehirn für einzelne Muskeln und Nerven, sondern nur für Bewegungsformen und Bewegungsrichtungen.

In der **Jahresversammlung der abstinenten Aerzte des deutschen Sprachgebietes,** die wie alljährlich im Anschluss an die Naturforscherversammlung stattfand, sprach

319) **Kassowitz**-Wien: Ueber Nahrung und Gift.

K. tritt J. R. Meyer entgegen, der aus der Zahl der Kalorien, die der Alkohol liefert, schliesst, dass der letztere ein vorzügliches Nahrungsmittel sei. Kein Nahrungsmittel wird aber nachweislich direkt im Körper verbrannt, sondern alle dienen, soweit sie untersucht sind, zunächst zum Aufbau von Körpergewebe. Der Stoffwechsel ist metabolisch. Dass es auch einen katabolischen gäbe, ist bisher noch nicht erwiesen. Vom Alkohol steht unzweifelhaft fest, dass er ein Gift ist (Pflanzen-, Protoplasma-, Futterungsversuche u. s. w.). Dass er daneben und zugleich auch ein Nahrungsmittel sein soll, wäre eine einzig dastehende Thatsache, ein unverständlicher Widerspruch. Vortr. berichtet über Experimente von Chauveau, der versuchte, bei einem im Tretrade arbeitenden Hunde einen

Teil des Zuckers und Eiweisses durch die gleiche Kalorienmenge Alkohol zu ersetzen. Der Hund, der vorher bei täglich 20 km Laufleistung an Gewicht zugenommen hatte, lieferte dann trotz dauernder Anstachelung nur noch 17 km und nahm trotzdem an Gewicht ab. Also hat der Alkohol, abgesehen von seiner narkotischen Wirkung, auch als Protoplasmagift auf die Körperzellen gewirkt, er ist nicht Nahrung, nur Gift; demnach sollte man aufhören, ihn als Stärkungsmittel bei Kranken, Rekonvaleszenten, schwächlichen Kindern zu geben.

Diskussion:

Hüppe wendet sich dagegen, dass die Begriffe „Nahrung" und „Gift" unvereinbare Gegensätze seien. Er erinnert an die giftigen Stoffwechselprodukte, die im Körper selbst aus der Nahrung entstehen (Fettsäuren, Peptone). Der Körper verfügt über Entgiftungsmechanismen, die auch gegenüber dem Alkohol wirksam sind; die letzteren werden aber vielfach im Uebermass, täglich, fast stündlich in Anspruch genommen. Alkohol braucht also nicht schlechthin ein Gift zu sein; seine sparende Wirkung kann erst dann in Kraft treten, wenn man die Giftwirkung in Kauf nimmt, und darin liegt die grosse Gefahr. Geringe Mengen werden zwar durch Entgiftung unschädlich gemacht, nutzen aber auch nichts. Grossen Mengen gegenüber versagt der Entgiftungsmechanismus.

Rosenmann kritisiert die Chauveau'schen Versuche: in diesen sind viel zu grosse Alkoholgaben gereicht worden, die offenbar eine schwere Betrunkenheit des Hundes hervorgerufen haben. Dann kann man gleiche Arbeitsleistung nicht mehr gleichem Aufwand von potentieller Energie gleich setzen; Ermüdete, Ungeübte, Betrunkene brauchen zur selben absoluten Leistung mehr potentielle Energie wie Normale; die Gewichtsabnahme des Hundes findet also hierin eine ausreichende Erklärung. Ausserdem ist es prinzipiell nicht ausgeschlossen, dass der Körper nicht auch die Spannkräfte eines giftigen Stoffes zu seiner Ernährung ausnützt.

Lenzmann hält den Vergleich des Herrn Hüppe zwischen Alkohol und Pepton nicht für überzeugend; letzteres wird nicht als solches vom Körper ausgenutzt, sondern nur, wenn es, weiter umgesetzt, wieder aufbauendes Eiweiss liefert; beim Alkohol ist dieser Kreislauf ausgeschlossen.

320) **Frick**-Zürich: Die Behandlung fieberhafter Krankheiten ohne Alkohol.

Vortr. studierte an gut vergleichbarem Krankenmaterial die Heilresultate bei Infektionskrankheiten unter Alkoholdarreichung und ohne denselben. Er kommt zu dem Endresultat, dass die plötzliche Entziehung des Alkohols bei Potatoren ohne alle Gefahr ist, und dass fieberhafte Krankheiten, speziell die fibrinöse Pneumonie in allen Lebensaltern ohne Alkoholdarreichung besser und leichter verläuft und weniger Todesfälle mit sich bringt, als mit Alkohol.

Diskussion:

Haenel erinnert an die Beobachtungen Bonhöffer's, der bei Gefängnisinsassen zu dem Ergebnis kam, dass u. a. die plötzliche Alkoholentziehung allein bei Potatoren genügt, um ein, wenn auch leichtes, milde verlaufendes Delirium tremens hervorzurufen.

Aschaffenburg hat als Gefängnisarzt in Halle a. S. in einigen Fällen dieselben Erfahrungen wie Bonhöffer gemacht.

IV. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

321) **F. H. Dercum:** A Clinical Classification of Insanity.
(The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. Sept. 1901. 22 S.)

Ein Versuch, alte Symptomgruppen neu zusammenzuordnen und daraus ein System zu machen, mit besonderer Betonung der psychischen Störungen bei körperlichen Krankheiten. Anläufe zu wirklich klinischer Betrachtungsweise macht Verf. nur da, wo er sich, mit dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia präcox, an Kraepelin anlehnt. Seine Elementarformen sind: 1. Delirium, confusion, stupor; 2. Melancholia, mania; 3. Paranoia; 4. Neurasthenic Insanities; 5. Dementia. Schröder.

---

322) **Pieraccini:** Ulteriore contributo allo studio delle leggi che regolano la ereditarietà psicopatica.
(Atti dell' XI. Congresso freniatr. (Ancona) 1901.)

Pieraccini teilte auf dem psychiatrischen Kongress zu Ancona die Ergebnisse neuer Untersuchungen über die Gesetzmässigkeiten in der Vererbung von Geisteskrankheiten mit. Er hat auf dem Wege einer Enquête die Fälle von Verwandtschaft unter Geisteskranken aus sämtlichen italienischen Irrenanstalten gesammelt. Es ergaben sich 1058 Gruppen von untereinander verwandten Geisteskranken, und zwar

10	Gruppen	von	Grosseltern	und	1	oder	mehr	Enkeln,
257	„	„	Eltern	„	„	„	„	Kindern,
488	„	„	Geschwistern,					
153	„	„	Onkeln	„	„	„	„	Neffen,
150	„	„	Cousins.					

Die 1058 Gruppen umfassen 1958 Personen (1064 männl., 894 weibl.) und gehören nur 889 Familien an.

An der Hand dieses reichen Materials gelangt P. zu interessanten Ergebnissen, die, soweit sie neu sind, hier genannt werden mögen.

Der Einfluss der Geisteskrankheit des Vaters oder der Mutter äussert sich stärker bei der männlichen Deszendenz, als bei der weiblichen. Die „gekreuzte Vererbung“ spielt eine wesentliche Rolle nur beim Uebergang der Geisteskrankheit von der Mutter auf den Sohn.

Erkranken mehrere Geschwister, so pflegt das Alter, in welchem sie erkranken, nur um wenige Jahre zu differieren. Die Fälle, in denen ein Bruder in einem um zehn Jahre höheren Lebensalter erkrankt, als der andere, sind die weitaus selteneren. Ein ähnliches Verhältnis waltet unter den Gruppen der Vettern ob. Danach würde jemand, dessen Bruder (oder Vetter) geisteskrank ist, um so weniger Aussicht haben, geisteskrank zu werden, je weiter er sich von dem Alter entfernt, in welchem dieser erkrankte.

Söhne geisteskranker Väter oder Mütter erkranken in früherem Alter als diese (Antezipation), und zwar durchschnittlich um 23 Jahre früher. Für den Sohn eines geisteskranken Vaters wäre demnach die Gefahr psychischer Erkrankung dann am grössten, wenn er 23 Jahre jünger ist, als sein Vater zu der Zeit war, da er erkrankte.

Pieraccini kündigt eine ausführliche Publikation seiner Resultate an. Bis zum Erscheinen derselben wird man mit einer Kritik zurückhalten müssen. Jedenfalls darf man der Veröffentlichung mit Interesse entgegensehen.

K. Abraham (Dalldorf).

---

323) **Cramer**: Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn.

(Berl. klin. Wochenschr. 1902, 24, p. 557.)

Cramer bespricht das Vorkommen und den Entstehungsmodus des psychopathologischen Symptoms der krankhaften Eigenbeziehung. Es kommt dies Symptom vor als eine Art Zwangsvorstellung, wobei dann die Kranken der Erscheinung objektiv gegenüberstehen, meist nur bei schwerer hereditärer Degeneration — und es kommt weiter vor als erste Stufe der Wahnvorstellung. Cramer hebt die bekannte Thatsache hervor, dass es auch eine physiologische übermässige Eigenbeziehung giebt; die pathologische wahnhafte Eigenbeziehung kommt bei verschiedenen abnormen psychischen Zuständen vor. Am wichtigsten und folgenschwersten ist die Erscheinung da, wo sie anscheinend direkt auf Grund veränderter Organgefühle entsteht, besonders im Vorbereitungsstadium der Paranoia. Sonst wird sie noch beobachtet bei eingeengtem getrübtem Bewusstsein und bei verminderter Intelligenz. Cassirer.

---

324) **Vaschide** und **Vurpas**: Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psychomotrices.

(Arch. de Neurol. Juni 1902.)

Die Verff. führen die Entstehung der psychomotorischen Halluzinationen in der von ihnen mitgeteilten Beobachtung auf die „introspection delirante" zurück. Die Kranke hatte stets in minutiösester Weise ihr Seelenleben zu analysieren versucht. Die Psychose scheint mit Selbstanklagen eingesetzt zu haben und schliesslich glaubte Pat., Jedermann Unrecht zu thun und hörte die Stimmen der von ihr Beleidigten in ihrem Innern (ohne bestimmte Lokalisation). Dieses fortwährende innere Diskutieren der seelischen Vorgänge („langage intérieur" nennen es die Verff.) hat sich also im Verlauf der Krankheit in das Hören der inneren Stimmen, der psychomotorischen Halluzinationen fortgesetzt.

Bennecke (Dresden).

---

325) **Rudolph**: Ueber eine Form von Zwangshandlung nebst ausführlicher Familienkrankheitsgeschichte.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LIX, 2, 3.)

Den eigentümlichen Zwang, angefasste oder zufällig berührte Gegenstände mit den symmetrischen Körperstellen in Berührung zu bringen oft unter mehrfacher rhythmischer Wiederholung, fand Verf. unabhängig bei drei Kranken. Dem einen davon erweckte die Unterlassung Angstvorstellungen bezgl. drohenden Unglückes. Aus einer belasteten und hysterischen Familie stammend, zeigte er neben der Hysterie die obigen und andere bekannte Erscheinungen des Zwangsirreseins. Chotzen.

---

326) **Pieraccini** (Macerata): Un miracolo della Madonna.

(Arch. di psichiatria, scienze penali ed antropol. crim. Vol. XXIII, Fasc. 2/3. 1902.)

Mitteilung eines Falles von hysterischer Taubstummheit. Der

Kranke, welcher in ein Asyl gebracht war, gewann nach acht Jahren gelegentlich eines Festes nach ungewohntem Alkoholgenuss Gehör und Sprache wieder. Seine ersten Worte waren: „La Madonna". Daraufhin hat sich in der betreffenden Gegend der Glaube an eine „Wunderheilung" verbreitet.

K. Abraham (Dalldorf).

---

327) **Marandon de Montyel**: Des troubles et des déformations pupillaires chez les vésaniques.

(La presse médicale 1901, Nr. 75.)

Zu höcht merkwürdigen Resultaten ist de Montyel bei seinen Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei einfacher, nicht paralytischer Geistesstörung gelangt. Er hat 77 derartige Kranke untersucht und fand normales Verhalten nur in 16,8 %; in allen übrigen Fällen bestanden entweder Unregelmässigkeiten der Reaktion oder Differenz beider Pupillen, Myosis oder Mydriasis, Gestaltsveränderungen. Ungleichheit fand er in ca. 38 %, meist waren die Differenzen geringe, aber in einzelnen Fällen doch recht ausgesprochen, dasselbe zeigte sich bei der Myosis und Mydriasis. Am auffälligsten ist, dass er in sechs Fällen völlige Aufhebung des Lichtreflexes fand; eine starke Abschwächung des Reflexes ebenfalls in sechs Fällen, eine einfache Abschwächung in nicht weniger als 20 Fällen. Dabei wurde die Lichtreaktion sowohl bei künstlichem wie natürlichem Licht untersucht, und wenigstens für eine Anzahl von Beobachtungen war die Starre bei beiderlei Art der Untersuchung nachweisbar. Aehnlich hohe Zahlen ergaben sich auch für Verziehungen der Pupille (41,5 %), wo allerdings auch die geringeren Abweichungen überwogen, aber die stärkeren auch nicht ganz vermisst wurden; Myosis war in 13 %, Mydriasis in 15,5 % nachweisbar. Diese Untersuchungen de Montyel's, die zu so ganz von der allgemeinen Annahme abweichenden Resultaten führten, stimmen nur mit ähnlichen früher von Mignot angestellten überein. Cassirer.

---

328) **Cahen**: Contribution à l'étude des Stéréotypies.

(Arch. de Neurol. Dezember 1901.)

C. stellt zunächst eine erschöpfende Klassifikation der einzelnen Formen der Stereotypieen auf und erläutert sie mit Beispielen. Sodann kommt er ausführlich auf die Genese zu sprechen: Jeder Stereotypie liegt ursprünglich eine Wahnvorstellung zu Grunde, welche die betreffende Bewegung oder Haltung als eine gewollte entstehen lässt. Allmählich werden die Stereotypieen die unzertrennlichen Begleiter der Wahnvorstellungen, lassen sich aber immer noch leicht analysieren. Beim fortschreitenden geistigen Zerfall und Verblassen der letzteren bleiben sie bestehen, der Kranke vermag keine Erklärung mehr zu geben, der Charakter des Bewussten geht verloren, sie werden automatisch. Deshalb sind sie typisch für das Stadium der beginnenden oder ausgeprägten Demenz bei Paranoia, treten hier also erst verhältnismässig spät auf. Ausserdem kommen sie bei Dementia präcox, Katatonie, einzelnen Formen des sekundären Schwachsinns und ganz selten bei Paralyse und bei Zwangsvorstellungen nach sehr langer Dauer vor. Ein Anklang an Stereotypie findet sich in gewohnheitsmässigen Bewegungen Gesunder. Das Zähneknirschen der Paralytiker, den Automatismus der Idioten und der Verwirrten rechnet Verf. nicht hierher, denn es fehlt der ursprüngliche psychische Vorgang, das ursprünglich Bewusste,

Gewollte. Die eigentlichen Stereotypieen nennt er darum sekundär-automatisch im Gegensatz zum primären Automatismus des paralytischen Zähneknirschens.

Bennecke (Dresden).

---

329) **Vaschide** und **Vurpas**: Recherches sur les troubles psychologiques consécutifs à des hallucinations provoquées.

(Arch. de Neurol. September 1901.)

Die Beobachtungen betreffen eine 38jährige Kranke, die bereits über 20 Jahre in Anstalten sich befindet und anfänglich typisch hysterische Krampfanfälle mit folgender Verwirrtheit hatte, an deren Stelle später Zustände einfacher Erregung traten; diese wieder sind jetzt durch — den epileptischen Äquivalenten vergleichbare — halluzinatorische Krisen von $^1/_2$—$1^1/_2$ stündiger Dauer ersetzt, in denen plötzlich schreckhafte, quälende Sinnestäuschungen auf allen Gebieten auftreten. Hypnose erwies sich hiergegen als erfolgreich und vermochte schliesslich diese Krisen bis zur Dauer von sechs Tagen zu unterdrücken. Bei Beginn der hypnotischen Sitzung tauchte meist eine Halluzination auf, nach deren Ablauf die Kranke schnell einschlief; manchmal trat eine solche auch während des hypnotischen Schlafes auf, welche dann auf die wache Phase als eigentliche Suggestion wirkte; solche zufällig und auch absichtlich suggerierte halluzinatorische Zustände, die in einer ursprünglich anscheinend vollkommen normalen geistigen Verfassung zu Tage traten, liessen folgendes beobachten: Waren die Sinnestäuschungen von geringer oder mittlerer Stärke, dann fiel an der Kranken zunächst nur eine gewisse Zerstreutheit und leichte Hemmung auf; über ihre Umgebung blieb sie orientiert, unterhielt sich, schilderte ihre Halluzinationen, empfand dieselben aber so lebhaft, dass sie, wie sie angab, von den Personen und Gegenständen der Wirklichkeit nicht zu unterscheiden waren. War die Intensität eine starke, dann resultierte das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit: die Kranke war ganz verändert, stand vollkommen unter dem Einfluss der Visionen und Akoasmen und zeigte schliesslich eine hochgradige, motorische Agitation; daran schloss sich ein Zustand, in dem unter Nachwirkung der Sinnestäuschungen die Vorgänge der Aussenwelt dementsprechend verarbeitet wurden. Der Uebergang in den normalen Zustand vollzog sich, indem das zurückkehrende Bewusstsein Anhaltspunkte suchte und die vermeintliche Realität der halluzinatorischen Situationen durch Kontrolle der Wirklichkeit allmählich zu korrigieren suchte.

Bennecke (Dresden).

---

330) **E. Tanzi**-Florenz: Una teoria dell 'allucinatione.

(Riv. di Patol. nerv. e ment. Vol. VI, fasc. 12. 1901.)

Der Titel lässt uns eine neue Theorie der Halluzination erraten, der Inhalt der Arbeit entspricht jedoch dieser Erwartung nicht. Der Artikel hat in der italienischen Journal-Litteratur lebhafte Erörterungen hervorgerufen. Soweit mir die Kritiken zugänglich waren, nimmt Niemand für Tanzi Partei. Mit Recht wirft ihm z. B. Paoli (Giornale di psiciatria clin. e. tecnica manicom., 1902, fasc. 1) vor, dass seine Theorie weder neu noch geschickt sei. Ohne Wernicke's oder Kraepelin's Anschauungen zu berücksichtigen. stützt Tanzi sich auf Flechsig's Theorie. Er kommt zu der Annahme besonderer psychischer Zentren, in denen die Erinnerungsbilder der Sinneseindrücke aufbewahrt werden. Eine „rückläufige Welle“ von diesen Zentren zu den sen-

sorischen soll die Halluzinationen erklären. — Ein beträchtlicher Teil der Untersuchung ist der Frage der Einseitigkeit der psychischen Zentren gewidmet. Doch auch hier kommt der Autor nicht zu einwandsfreien Resultaten. — Trotz mancher interessanter Ausführungen dürfte T.'s Arbeit keinen wirklichen Fortschritt unsrer Kenntnisse bedeuten. K. Abraham (Dalldorf.)

---

331) **E. Lugaro**: Una definizione obiettiva dei fenomeni psichici.
(Arch. per l'antropologia e l'etnologia. Vol. XXXI, 1901.)

Die moderne naturwissenschaftliche Lehre trennt nicht mehr prinzipiell psychische und organische Erscheinungen, sondern erkennt zwischen beiden mannigfache Beziehungen und Uebergänge. Die Biologie nimmt die Psychologie in sich auf, und damit werden die psychischen Phänomene zum Gegenstand objektiver, naturwissenschaftlicher Betrachtung. Eine objektive Definition der genannten Erscheinungen — so führt der Verf. aus — ist nur möglich, wenn man von dem Bewusstsein abstrahiert, da dieses nur accessorischer Natur ist. Nähert man sich bei einer vergleichenden Betrachtung der Lebewesen den höheren Formen, so sieht man das Bewusstsein ganz allmählich eine steigende Bedeutung gewinnen, ohne dass man zu sagen vermöchte, wo es aufzutreten beginnt und wo es noch nicht vorhanden ist. Und auch bei den psychischen Verrichtungen des höchstorganisierten Lebewesens ist es keineswegs in immer gleichem Grade beteiligt. — Will man ein psychisches Phänomen objektiv, d. h. vom biologischen Standpunkt definieren, so muss man von der Definition des Lebens ausgehen. Nach Herbert Spencer ist das Leben — kurz gesagt — der Ausdruck der beständigen Wechselwirkung zwischen Vorgängen in der Aussenwelt einerseits und Reaktionen des Organismus auf eben diese Vorgänge andererseits. Jede Einwirkung von aussen hat eine Alteration des Organismus zur Folge, und zwar ruft sie neben der simultanen Veränderung in ihm noch eine sekundäre hervor, die ihren Ausdruck in der Anpassung findet. Nur der lebende Organismus ist der Anpassung fähig und ist dadurch von der unbelebten Materie geschieden. So ist das Leben eine beständige Anpassung des Organismus an die Verhältnisse der ihn umgebenden Welt. Die psychischen Erscheinungen sind, biologisch betrachtet, demnach nichts als besondere Formen der Reaktion auf äussere Einwirkungen; auch auf psychischem Gebiete dürfen wir von Anpassungserscheinungen reden. Verf. kommt auf diesem Wege zu einer objektiven Definition des Denkens, Fühlens und Wollens. Bezüglich der Einzelheiten muss hier auf das Original verwiesen werden, wie es überhaupt nicht möglich ist, im Rahmen dieses Referates den Gedankengang der Arbeit vollständig wiederzugeben, welche ein sehr kompliziertes, dadurch aber um so interessanteres logisches Gebäude bildet.

K. Abraham (Dalldorf).

---

332) **Mönkemöller**: Kasuistischer Beitrag zur Geschichte der Irrenbehandlung im 18. Jahrhundert.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LIX, 2, 3.)

Interessanter Bericht über die privaten und öffentlichen Massnahmen bei der (vielleicht alkoholischen?) Erkrankung eines hohen Osnabrücker Beamten, aus dem Jahre 1773. Die sehr rücksichtsvolle und schonende Bewachung und Behandlung hatte der Kranke wohl seiner Stellung zu verdanken.

Besonders interessieren die recht vorsichtigen, aber trotz vieler seltsamer Anschauungen doch ganz zutreffenden Gutachten der Aerzte. Chotzen.

---

333) **Linke**: Noch einmal der Affekt der Paranoia.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. LIX, 2, 3.)

Mit Bezug auf die neuerdings wieder aufgenommenen Erörterungen dieser Frage weist L. auf seine schon vor Jahren geäusserte Ansicht hin, dass der primäre Affekt der Paranoia der „Erwartungsaffekt“ sei. Chotzen.

---

334) **H. Naumann**-Reinerz-Bordighera: Zur Psyche der Tuberkulösen.
(St. Petersb. med. Wochenschr. 1901. Nr. 39.)

Vielfach findet man die Anschauung, dass für die Tuberkulösen besondere psychische Eigenschaften charakteristisch sind. Diese Annahme hält N. für unrichtig. Besonders die häufig gebrauchte Wendung vom „Leichtsinn“ der Tuberkulösen ist eine Redensart, mit der in dieser allgemeinen Fassung aufgeräumt werden muss.

Im allgemeinen behält der tuberkulöse Lungenkranke als Grundstimmung diejenige bei, auf die er auch in gesunden Tagen schon abgetönt war. Viele Kranke sind daher ernst und durchweg trübe gestimmt. Die vielfachen Schwankungen der Stimmung sind bei dem wechselvollen Verhalten des Grundleidens und bei dem häufigen Mangel subjektiver Beschwerden nicht auffällig. Die nervösen Initialsymptome — Charakterveränderung, gesteigerte Empfindlichkeit, erschwertes Denken — in welchem Brehmer etwas für die Lungentuberkulose Charakteristisches sah, sind nicht spezifisch, treten vielmehr auch bei anderen Zuständen auf, sobald es sich um subfebrile Temperaturen handelt. Das was man immer von gesteigertem Sexualtrieb des Phthisikus sagt, ist meist wohl nur eine Verwechslung von Ursache und Wirkung. Individuen, welche einen starken Geschlechtstrieb haben, früher Exzesse in Venere begangen haben, sind durch allgemeine Schwächung des Organismus leichter der tuberkulösen Infektion zugänglich. Zudem können überreiche Eiweissnahrung, ausgedehntes Liegen, Müssiggang während der Kur den normalen Geschlechtstrieb steigern. Die psychische Behandlung hat diesen Müssiggang in den Heilstätten besonders zu bekämpfen und für angemessene geistige Arbeit zu sorgen. Mercklin.

---

335) **R. Werner**-Dalldorf: Ueber die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen.
(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. XXIII. Bd., Supplementheft 1902.)

W. erörtert in erster Linie die anatomische Bedeutung der Schädeltraumen und die verschiedenen Theorien, die z. T. auf Experimente gestützt bald Veränderungen in den Ganglienzellen (Luzenberger), bald in den Zellen der Glia und deren Gefässen (Skagliosi) annehmen. Am meisten Wahrscheinlichkeit gewinnt die Annahme, dass das Trauma eine primäre Läsion des Gefässsystems setzt. Zu diesen beim Tierexperiment gewonnenen Befunden passen auch eine Reihe Beobachtungen am Menschen: so wurde von einzelnen Autoren Arteriosklerose, hyaline Entartung der feineren Hirngefässe nebst Ausbuchtungen, Endarteriitis obliterans, auch Rundzelleninfiltration der Wandungen gefunden. Verf. erörtert weiterhin die Häufigkeit der Schädeltraumen unter Hinweis auf

die verschiedenartige Würdigung, die ihnen von den Autoren als ursächliches Moment beigelegt werden. Die einzelnen Formen, unter denen die traumatischen Psychosen auftreten, haben an sich nichts Charakteristisches, aber es sind ihnen vielfach besondere Züge beigemischt, denen eine gewisse Spezifität zukommt, wie psychische Schwäche, auffallende gemütliche Reizbarkeit, Reizerscheinungen wie Schwächesymptome auf sensiblem und motorischem Gebiete.

Der umfangreichen Arbeit ist ein eingehendes Verzeichnis der reichlich vorhandenen Litteratur beigegeben. Pollitz (Münster i. W.).

---

336) **Rathmann**-Mühlhausen a. Rh.: Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. XXII. Bd., 1. H. 1901.)

Verf. betont, dass für die Einteilung der Psychosen nach Trauma noch immer der Standpunkt Krafft-Ebing's Geltung habe, der Fälle unterscheidet mit unmittelbar dem Trauma folgender Psychose, solchen, in denen das Trauma eine Aenderung der Stimmung und des Charakters zur Folge hat, und schliesslich solche, in denen die Gehirnerschütterung eine oft erst spät wirksam werdende Disposition zu geistigen Störungen abgiebt. In Bezug auf die Häufigkeit der traumatischen Psychosen konnte Verf. einen Prozentsatz von 2,66 der in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken berechnen, während aus der Beobachtung der Chirurgen hervorgeht, dass von 1177 Kopfverletzungen 28 mal, d. h. 2,37 % an Psychosen erkrankten. Verf. hat fernerhin aus den Journalen der Irrenanstalt zu Bonn 51 Fälle von Geistesstörungen nach Trauma zusammengestellt, unter denen er die verschiedensten Psychosen, wie Manie, Melancholie, zirkuläres Irresein, Paralyse u. s. w. unterscheidet; er kommt bei Verwertung dieses Materials zu dem Ergebnis, dass eine spezifisch traumatische Psychose nicht nachzuweisen sei, während eine gewisse Charakterveränderung und früh hervortretende Demenz sich fast stets geltend machen. Diese Tendenz zum schnellen Uebergang in Demenz lässt die Prognose im allgemeinen recht ungünstig erscheinen. Als Beispiele traumatisch entstandener Hirntumoren teilt Verf. zwei Beobachtungen seiner eigenen Praxis mit.

Pollitz, (Münster i. W.)

---

337) **A. d'Ormea:** Del contrasto psichico nelle malattie mentali.

(Giornale di psichiatria clinica e technica manicomiale. A. XXX. Fasc. I. 1902.)

Eine 26jährige Frau erkrankte im zweiten Wochenbett. Sie äusserte hypochondrische und melancholische Ideen und zeigte einen unwiderstehlichen Trieb zum Selbstmord und zu allerlei verkehrten Handlungen, besass dabei aber volle Krankheitseinsicht. In der Irrenanstalt zu Ferrara änderte ihr Zustand sich wie mit einem Schlage. Sie gab alle diese Zwangsvorstellungen auf, äusserte dagegen ein immer dringenderes Verlangen nach Hause, bis die Angehörigen ihr nachgaben und sie zu sich nahmen. Derselbe Vorgang hat sich in verschieden langen Intervallen seitdem 18mal wiederholt. — Verf. bespricht eingehend die Störung der Willensthätigkeit, welche in seinem Fall das ganze Krankheitsbild beherrschte und bezeichnet die Erscheinung als „psychischen Kontrast“. K. Abraham (Dalldorf).

---

338) **Mönkemöller:** Kombinierte Psychosen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 4.)

In den mitgeteilten drei Fällen tritt während einer chronisch verlaufenden, mit Halluzinationen und Wahnbildung einhergehenden Psychose plötzlich ein akutes, rein manisches Zustandsbild auf, in welches die Verfolgungsideen wohl hineinspielen, aber ohne den früheren depressiven oder ängstlichen Affekt, das ganz wie eine Manie verläuft und nach seinem Abklingen den früheren Symptomenkomplex unverändert wieder hervortreten lässt. Verf. erörtert nun das Verhältnis dieser beiden Formen zueinander und neigt schliesslich zur Annahme einer Kombination zweier Psychosen bei demselben Individuum, nachdem er die Anschauungen der Autoren wiedergegeben hat. Dass diese so unendlich mannigfaltig und zu einer Klärung der Frage ungeeignet sind, liegt hauptsächlich wieder an der Unbestimmtheit des Begriffes „Paranoia". Es giebt deren von allen Sorten und die verschiedenen Meinungen scheinen immer wieder auf anderer Fassung derselben zu beruhen; ein Gemeinsames, woran man die Abweichungen beurteilen könnte, ist schwer herauszufinden.

Chotzen.

---

339) **L. Cappelletti**-Ferrara: Il trattamento famigliare dei malati di mente.

(Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Anno XXX, fasc. 1. 1902.)

Eine übersichtliche und gründliche Darstellung der Familienpflege mit Berücksichtigung der verschiedenen Länder. Da die deutsche Litteratur derartige Arbeiten bereits besitzt, so erübrigt sich ein eingehendes Referat.

K. Abraham (Dalldorf).

V. Vermischtes.

Der XVI. Jahrgang des **Medizinischen Taschenkalenders** (Herausgeber: Kionka, Partsch, A. Leppmann, F. Leppmann, Verlag von Vogel und Kreienbrink, Berlin) ist erschienen. Er zeigt gegenüber seinem Vorgänger einige Veränderungen. Das Kapitel über Nährpräparate ist umgearbeitet und erweitert worden. Eine Besprechung der gebräuchlichsten hydrotherapeutischen Massnahmen ist S. 227 neu eingefügt. Das Kapitel über Bade- und Kurorte ist kürzer als bisher. Das Format des Kalenders ist handlich, die Ausstattung gut, der Preis niedrig (2 Mk.).

Gaupp.

E. Merk's (Darmstadt) **Index** ist in 2. Auflage erschienen. Es ist ein sehr bequemes, trefflich ausgestattetes Nachschlagebuch, das der Arzt in vielen Fällen zu Rat ziehen kann, wenn es sich darum handelt, sich über Zusammensetzung und Wirkungsweise chemischer Stoffe, die unserem Arzneischatz angehören oder in der mikroskopischen Technik Verwendung finden, rasch zu orientieren. Der Inhalt zerfällt in sechs Abteilungen: I. Präparate (Anilin- und andere Teerfarbstoffe, Extrakte, tierische Organpräparate), II. Präparate für Analyse und Mikroskopie, III. Drogen, IV. Mineralien, V. Sammlungen, VI. Gebrauchsgegenstände.

Gaupp.

Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die **gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.**

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Musselburgh),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lombroso** (Turin),
Marie (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua),
Obersteiner (Wien).

Redigiert von
Dr. Robert Gaupp, Privatdozent in Heidelberg.

Monatlich ein Heft von 4—5 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 20. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXV. Jahrgang. **1902 Dezember.** Neue Folge. XIII. Bd.

I. Originalien.

Die Psychosen der Landstreicher.

Von **Karl Wilmanns** (Heidelberg).

Bonhöffer hat vor kurzem den grossstädtischen Bettler zum Gegenstand einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung gemacht. Die Vermutung, dass der grösste Teil der gewohnheitsmässigen Vagabunden geistig minderwertig sei, wurde von ihm bestätigt. Nur 15 % der von Bonhöffer untersuchten Persönlichkeiten konnte als psychisch gesund bezeichnet werden und in diesen Fällen wirkten körperliche Defektzustände, schlechte äusserliche Verhältnisse, uneheliche Geburt, hereditäre Belastung und regelmässiger Schnapsgenuss zusammen als Momente für die Entwicklung des gewohnheitsmässigen Parasitentums. Der letztere, der chronische Alkoholismus, war unter den grossstädtischen Vagabunden ausserordentlich verbreitet. Bonhöffer fand in 63 % seiner Fälle sicher nachweisbare somatische oder psychische Erscheinungen der chronischen Alkoholintoxi-

kation. Bei einem grossen Teil war natürlich der Alkoholismus nicht ursächliches Moment für den sozialen Ruin, sondern nur eine Begleiterscheinung erworbener oder angeborener psychischer Defekte. Diese waren besonders verbreitet. In nicht weniger als 53 % stellte Bonhöffer eine schwache intellektuelle Veranlagung fest, höhere Grade von Imbezillität fand er in 22 %, in 12 % Epilepsie. Von erworbenen Psychosen spielte nur die Dementia paralytica eine Rolle, die sich in 3,5 % der Fälle konstatieren liess.

Der Zweck der Untersuchungen Bonhöffer's war in erster Linie der, uns ein Bild von der Zusammensetzung des Vagabundentums zu geben. Im Gegensatz hierzu haben wir uns die Aufgabe gestellt, den Landstreicher als Individuum und die Beziehungen zwischen seinem angeborenen und erworbenen Defekt und seiner antisozialen Lebensführung zu beleuchten.

Das Material, das uns zur Verfügung stand, umfasst 120 Fälle. Bei weitem der grösste Teil wurde uns aus dem badischen polizeilichen Arbeitshause, aus Kislau, als Kranke zugeführt und war männlichen Geschlechts. Nur 12 von den 120 Fällen waren Frauen, bei diesen war das Betteln und Landstreichen mit gewerbsmässiger Unzucht verbunden. Die 120 Kranken waren mit wenigen Ausnahmen schon Jahre, viele auch Jahrzehnte lang Landstreicher uud als solche einmal oder wiederholt schon in Arbeitshäusern gewesen. Nur 22 von den 120 Fällen hatten bis dahin noch keine Korrektionshaft verbüsst. Die Zahl der Vorstrafen belief sich in einzelnen Fällen auf mehr als 100, die Zahl der Internierungen in Arbeitshäusern bis auf 15 mal.

Da es nun bei der Bearbeitung der einzelnen Fälle nicht nur darauf ankam, durch Beobachtung des augenblicklichen Zustandsbildes die klinische Diagnose zu stellen, sondern vielmehr zu ermitteln, wie die Psychose und ihre Entwicklung auf die Lebensführung des Kranken eingewirkt hatte, so musste sein Vorleben so eingehend als möglich festgestellt werden. Zu diesem Zwecke wurden Anamnesen über die Kindheit, die häuslichen Verhältnisse, die Schuljahre und die Militärzeit erhoben und das spätere Leben durch Studium der Straf-, Gefängnis-, Zuchthaus- und Arbeitshausakten klar gelegt. Dass bei dem viel bewegten Leben dieser Menschen und ihrem oft jahrelangen Aufenthalte im Auslande manche Lücken bleiben mussten, war vorauszusehen. Andererseits hatten aber die meisten durch zahllose Akten dafür gesorgt, dass man sich im Grossen und Ganzen ein gutes Bild von ihrer Entwicklung machen kann.

Dass unser Material eine ganz andere klinische Zusammensetzung hat, als das von Bonhöffer untersuchte und uns kein Bild von der Zusammensetzung des Landstreichertums geben kann, liegt auf der Hand.

So tritt der unkomplizierte chronische Alkoholismus in unserm Menschenmaterial ganz zurück, während gerade dieser in vorgeschrittenen Fällen überaus häufig zum Bettel und später auch zur Landstreicherei führt und unter den Insassen der Arbeitshäuser eine grosse Rolle spielt. Der Einfluss des chronischen Alkoholismus auf die Zusammensetzung der Vagabundengruppe ist derart, dass wir uns die Häufung der Arbeitsscheuen zwischen dem 40. und 50. Jahre wesentlich dadurch zu erklären haben, dass in dieses Alter der soziale Verfall der Alkoholiker zu fallen pflegt.

Im allgemeinen vollzieht sich das Versinken der Trinker ins Stromertum ganz allmählich und meist auf ziemlich die gleiche Weise. Nachdem zunächst die Leistungsfähigkeit des bis dahin gewöhnlich tüchtigen Arbeiters geringer geworden ist, wächst bei mehr und mehr schwindender Willensstärke und Widerstandsfähigkeit gegen die überall lauernde Versuchung die Neigung zum Trinken und die sittliche Depravation. Die Lust zum Beruf und zu geregelter Thätigkeit verliert sich; begründete oder auch grundlose Eifersucht, Reizbarkeit und Gewaltthätigkeiten führen schliesslich zur Lösung der schon längst gelockerten Familienbande. Meist jetzt erst, wenn er an Frau und Kindern keine Stütze und keinen Rückhalt mehr findet, wird der Alkoholiker zum Bettler und wenn auch Kredit und gute Freunde verloren gingen, zum Landstreicher. Gelingt es ihm, von neuem Anschluss zu finden, oder gar eine Ehe einzugehen, so kann das sonst wohl seltene Ereignis eintreten, dass ein professioneller Landstreicher, wenn auch nur vorübergehend, wieder sesshaft wird. So wurde einer unserer Alkoholisten, der schon häufig bestraft und wiederholt im Arbeitshause gewesen war, für mehrere Jahre durch eine Heirat aus seinem Stromerleben herausgerissen; erst als die eheliche Gemeinschaft durch seinen Lebenswandel zerstört war, geriet er in seine frühere Laufbahn. — Die innere Unruhe, die Unstetigkeit, das aktive Moment, welches wir beim Epileptiker, beim erethischen Imbezillen und zum Teil auch bei den Dementia präcox-Kranken finden werden, tritt bei dieser Menschenklasse zurück gegen stumpfe Euphorie, Haltlosigkeit und Willenlosigkeit. Während Reizbarkeit und Neigung zu Gewaltthaten besonders in den jüngeren Jahren zu Vergehen und Verbrechen gegen die Person führen, verlieren sich diese Eigenschaften im höheren Alter häufig und das Strafregister wird sehr einförmig, Haftstrafen wegen Bettelns und Landstreichens wechseln ab mit langer Korrektionshaft. In den Arbeitshäusern pflegen sich die Alkoholisten der Disziplin gut unterzuordnen, sie sind meist lenksam und gefügig und im ganzen fleissige Arbeiter. Da sie vor ihrer Ueberführung in die Korrektionsanstalten meist schon längere Haftstrafen verbüssten, ist das Delirium potatorum ein relativ seltenes Ereignis. Tritt es aber

trotzdem hin und wieder mal auf, so wird es meist als solches erkannt und führt nicht zu einer Ueberführung des Kranken in eine Irrenanstalt. Anstaltsverpflegung bedingen meist nur chronische Schwächezustände oder langwierige Geistesstörungen infolge Alkoholmissbrauchs. Unter unseren 120 Landstreichern fanden wir nur sieben derartige Fälle. Drei davon litten an Alkoholhalluzinose, vier andere an eigenartigen Geistesstörungen auf dem Boden des Alkoholismus.

Da die Trunksucht unter den Landstreichern eine ungeheure Verbreitung hat, so finden wir sie häufig als Begleiterscheinung anderer erworbener und angeborener Defektzustände. Besonders verbreitet und verderblich ist sie natürlich bei Epileptikern, doch auch viele Imbezille sind ausgesprochen intolerant gegen geistige Getränke, die bei ihnen häufig schwere pathologische Räusche auslösen, die denen der Epileptiker sehr ähneln. Weniger ausgesprochen sind die Schädigungen des unmässigen Trinkens bei den Schwächezuständen der Dementia präcox. Es hängt das wohl im wesentlichen mit dem Alter der Kranken zusammen, da diese vielfach schon in jüngeren Jahren in den Hafen der Irrenanstalt einliefen, in denen der Alkohol noch nicht seine verderblichen Wirkungen entfaltet hatte. Allein auch unter diesen Kranken waren verschiedene ausgesprochene Säufer; zum Teil konnte festgestellt werden, dass sie in jüngeren Jahren an Delirium potatorum gelitten hatten.

Wird schon der Alkoholismus, nur wenn er mit Psychosen kompliziert ist, Gegenstand der Behandlung in einer Irrenanstalt, so gilt das in viel höherem Maasse von der Imbezillität. Zwar sind unter unseren Fällen von Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus und auch unter den Kranken aus der Dementia präcox-Gruppe zahlreiche Fälle, die schon in der Schule durch schlechte Leistungen aufgefallen waren und die man füglich als Imbezille bezeichnen könnte. Reine Fälle von Imbezillität jedoch fanden sich unter den 120 Fällen nur drei.

Das Gros der Landstreicher rekrutiert sich aus der Imbezillität. Schon der mehr oder weniger hochgradige Intelligenzdefekt hindert den Imbezillen eine selbständige Stellung einzunehmen; nachdem er mit vielen Schwierigkeiten einige Schulklassen absolviert hat, vermag er kein Handwerk zu erlernen und ist genötigt einen Beruf zu ergreifen, der möglichst geringe Anforderungen an Intelligenz und eigene Entschliessung stellt. Jedoch ist der Intelligenzdefekt nicht das wichtigste Moment für die antisoziale Lebensführung vieler Imbezillen. Die anergethischen Imbezillen sind im allgemeinen nicht antisozial, obwohl gerade bei ihnen der intellektuelle Schwachsinn besonders hohe Grade erreicht. Bei ihnen finden wir jedoch neben einer gewissen Schwerfälligkeit, Gleichgültigkeit,

Mangel an Initiative und Selbständigkeit, in vielen Fällen Ausdauer, Gewissenhaftigkeit und ausgesprochene Gutmütigkeit, so dass sie, besonders auf dem Lande, oft ständige und fleissige Arbeiter sind. Natürlich vermögen sie nur bescheidene Stellungen auszufüllen und ernähren sich als Knechte, Tagelöhner und Gelegenheitsarbeiter. Da sich aber diejenigen, die derartige Stellungen suchen, aus den Arbeitslosen aller Berufe rekrutieren und es in der Natur der Arbeit liegt, dass sie nur vorübergehend Beschäftigung finden, so sind viele von diesen harmlosen Imbezillen in arbeitsarmen Zeiten, besonders im Winter, genötigt, durch Betteln und Landstreichen ihr Brod zu verdienen. Zu professionellen Stromern werden sie jedoch viel seltener als der erethische Imbezille.

Diese haben mit dem torpiden Imbezillen nur den Intelligenzdefekt gemeinsam und unterscheiden sich wesentlich durch ihren Charakter von ihnen. Statt der Gleichgültigkeit und Beharrlichkeit des anergethischen Imbezillen finden wir hier krankhaft gesteigerte geistige Beweglichkeit und Unruhe, statt der ruhigen Ausdauer und Verlässlichkeit — Unbeständigkeit und Unzuverlässigkeit, statt der lenksamen Gutmütigkeit — Widerspenstigkeit und sittliche Unfähigkeit. Die erethischen Imbezillen sind nur in ganz bescheidenem Maasse erziehungsfähig. Schon in der Schule zeichnen sie sich, abgesehen von ihrer geringen Intelligenz, durch undisziplinarbares Wesen aus. Nach der Schulentlassung ergreifen sie meist keinen bestimmten Beruf, es fehlt ihnen die Lust und Ausdauer zu geregelter Thätigkeit, sie wechseln beständig Neigung und Beschäftigung, treiben bald dies, bald das, bringen es aber trotz ihrer leichten Auffassung meist weniger weit als der oft schwachsinnigere und beschränktere torpide Imbezille. Ihre geistige Regsamkeit macht sie fremden und eigenen Suggestionen zugänglich, und Verführungen aller Art fallen bei ihnen auf fruchtbaren Boden. Das Treuherzige und Nachgiebige des anergethischen Imbezillen geht ihnen ganz ab, sie sind reizbar, roh, selbstsüchtig und anmaassend. Es fehlt ihnen die Anpassungsfähigkeit, sie halten es nirgends aus, entlaufen ihren Meistern, geraten oft jetzt schon, wenn auch meist nur vorübergehend, unter die Landstreicher und bilden einen grossen Prozentsatz der jugendlichen Taugenichtse. Definitiv stranden sie meist erst im Alter der sozialen Selbständigkeit und nach dem Verlust der väterlichen Fürsorge und der Fühlung mit der Familie.

Das was den erethischen Imbezillen im Gegensatz zum torpiden zu einem besonders antisozialen Element der Gesellschaft macht, sind seine kriminellen Neigungen. Auch der anergetische Imbezille lässt sich hin und wieder zu kleinen Vergehen, Eigentumsdelikten u. dgl. verführen, allein seine Beziehungen zum Verbrechertum sind nur gelegentliche.

Der geistig regsamere und meist auch intelligentere erethische Imbezille jedoch bildet sozial mit dem Gewohnheitsverbrecher eine grosse Familie, dem er ja auch klinisch nahe steht. Häufig sehen wir ihn besonders in den ersten Jahren des Stromerlebens verbrecherische Neigungen äussern und erst im Laufe der Jahre sich zum echten Landstreicher entwickeln. Eines der ursächlichen Momente für dieses Verhalten ist wohl die durch chronischen Alkoholismus verstärkte Willensschwäche.

Eine ganz ähnliche Rolle wie die erethischen Imbezillen spielen im Stromertum manche Hysteriker, die ja auch klinisch mit ihnen manches Gemeinsame haben. Viele Charaktereigentümlichkeiten des erethischen Imbezillen finden wir beim Hysterischen besonders ausgeprägt, sie haben mit ihnen die gute, oft vortreffliche Auffassung, das gehobene Selbstgefühl, den sittlichen Defekt, sowie die Unstetigkeit und Unlust zu nutzbringender und dauernder Arbeit gemeinsam. Die Stimmungswechsel sind häufiger und unmittelbarer und machen sie zu launenhaften und unberechenbaren Persönlichkeiten. Ihre Unruhe und Selbstüberschätzung lässt sie in keiner Stellung Befriedigung finden, sie tragen sich mit hochfliegenden Plänen, träumen von Zielen, zu deren Erreichung ihnen alles fehlt und rechnen mit Voraussetzungen, die lediglich in ihrer blühenden Phantasie bestehen. Infolge ihres launischen, anmaassenden, reizbaren und intriguierenden Charakters werden sie überall bald unerträglich und so ziehen sie von Stellung zu Stellung, von Beruf zu Beruf. Ihre ganze Lebensführung trägt den Stempel des Planlosen und oft geradezu des Abenteuerlichen. Trotzdem die Hysterischen mit den erethisch Imbezillen viele Züge gemeinsam haben, sehen wir nur einen kleinen Teil in die Laufbahn der echten Landstreicher geraten, nämlich die schwachsinnigen, bei denen gleichzeitig die Erscheinungen der Neurose nicht zu stark ausgeprägt sind.

Der intelligentere Hysteriker ist zwar im weitesten Sinne auch Landstreicher, insofern er arbeitslos und oft mittellos von Ort zu Ort zieht, allein er wird nicht zum eigentlichen Stromer, sondern hat stets Mittel zu Gebote, die ihm auf bequemere Weise ein reichlicheres Verdienst schaffen als das ehrliche Betteln. In zahllosen Fällen lässt ihn seine geistige Lebhaftigkeit, rege Phantasie und die ihm besonders eigene Begabung für Schwindeln und Verstellung im Hochstapler seinen eigentlichen Beruf finden.

Andererseits werden die Hysterischen, die an häufigen und schweren Syndromen leiden, an Krämpfen, Lähmungen und psychischen Erscheinungen zwar häufig zu kurzen Haftstrafen, jedoch nur ausnahmsweise zu Korrektionshaft verurteilt, da meist zur rechten Zeit eine Häufung von bedrohlichen Erscheinungen auftritt, die ihre Ueberführung in Krankenanstalten oder

Irrenhäuser erforderlich machen. Für viele derartige Individuen ist mit der ersten Krankenhausbehandlung das weitere Schicksal besiegelt. Sie arbeiten überhaupt nicht mehr und leben vom Betteln und Krankengeldern. In der Not und bei Eintritt der rauhen Jahreszeit finden sie leicht Aufnahme in Krankenhäusern und Irrenanstalten, sind in den ersten Tagen schwer krank und führen sich musterhaft, fangen aber bald an zu querulieren, sind mit nichts zufrieden, kritisieren die Anstaltseinrichtungen, die jeweils bei weitem die schlechtesten sind, die sie bisher kennen gelernt haben, hetzen ihre Mitpatienten unter sich, gegen das Wartepersonal und die Aerzte auf und verlangen endlich ihre Entlassung, die ihnen natürlich gern gegeben wird. Häufig sind sie landarm und werden deshalb reich beschenkt und mit Eisenbahnbillet bis an die Grenze abgeschoben. Wenige Tage nach ihrer Entlassung pflegt dann die unvermeidliche Anfrage aus einem Nachbarstaat zu kommen, wo der Kranke unter wirklichen oder vorgetäuschten Beschwerden in einem Krankenhause aufgenommen wurde. Derartige Typen sind häufig und genügend bekannt.

Wandertrieb und Reiselust ist eine Begleiterscheinung aller psychomotorischen Erregungen und bei gleichzeitiger Mittellosigkeit führt sie zu Bettel und Landstreicherei, z. B. bei den Aufregungszuständen der Dementia präcox, der Paralyse und dem manisch-depressiven Irresein.

Dass manische Kranke zu Beginn der Erregung auf die Landstrasse geraten, ist eine häufige Erscheinung. Allein es handelt sich dabei meist nur um ein vorübergehendes Umherreisen. Gelingt es den Angehörigen nicht, sie daran zu hindern, oder klingt die Erregung nicht von selbst in kurzer Zeit ab, so wächst sie meist schnell zu einer Höhe an, die das Verweilen der Kranken in der Freiheit unmöglich macht und zur Unterbringung in eine Anstalt führt. Anders ist es in den selteneren Fällen, in denen sich hypomanische Zustände über Jahre hinziehen, oder in denen sich die Erkrankung in leichten, überaus häufigen Erregungen äussert und die Depressionen und freien Zwischenzeiten hinter ihnen ganz zurücktreten. Derartige Fälle werden erwiesenermaassen überaus häufig und auch von Sachverständigen verkannt und vielfach für agitierten Schwachsinn gehalten, bis dass der weitere Verlauf, die zur flotten Manie anwachsende Erregung oder klassische Depressionen, die Diagnose sichert. Auf den Laien machen derartige hypomanische Erregungen keinen pathologischen Eindruck, und die Kranken werden häufig wegen groben Unfugs, Ruhestörung, Thätlichkeiten, Widerstands gegen die Staatsgewalt, wegen frecher Diebstähle, Bettelns, Landstreichens und die Frauen wegen Unzucht bestraft und enden schliesslich im Korrektionshause.

Unter unseren Kranken befinden sich vier derartige Fälle. Nur

eine Kranke, eine Ehefrau, war dreimal in Kislau interniert. Bei ihr äusserte sich die Erkrankung einerseits in längeren hypomanischen Perioden, in denen sie trinkend umherzog und sich prostituierte, andererseits in kurzen Depressionen, die sie jedesmal reumütig zur Familie zurückführten. Die übrigen drei Fälle waren Männer. Bei einem dauert die Erkrankung schon mindestens 15 Jahre fort ohne Unterbrechung. Jahre hindurch ernährte er sich durch Halten öffentlicher Vorträge, Betteln und Landstreichen, bis die Erregung derartig anwuchs, dass er vor etwa 10 Jahren in eine Pflegeanstalt und wenige Monate später in eine Irrenanstalt überführt werden musste. Seither ist er dauernd wegen Hypomanie interniert, bisweilen traten stärkere Erregungen auf, hin und wieder schoben sich kurze Depressionen ein. Ein dritter Kranker wurde bei seiner ersten Aufnahme in Heidelberg im Jahre 1893 als agitierter Schwachsinn aufgefasst, bis dass Beobachtungen an anderen Anstalten und eine spätere Untersuchung in unserer Poliklinik das Vorhandensein von echten Manien und Depressionen nachwies und den Fall klärte.

Aehnlich wie bei den Manischen beobachten wir auch bei den psychomotorisch erregten Paralytikern eine triebartige Unruhe, die sich in planlosem Umherreisen äussert, bei dem es bisweilen auch zum Betteln kommt. Zu einer längeren Vagabundenlaufbahn führt jedoch nur die demente Form. Der Beginn ist meist so schleichend und unmerklich, dass der allmähliche Nachlass der Leistungen, die Unfähigkeit zu Verrichtungen, die einige Anforderungen an Merkfähigkeit und Ueberlegung stellen, meist nicht für krankhaft, sondern für Trägheit und Interesselosigkeit gehalten und der Kranke ohne weiteres entlassen wird. In einer neuen Stellung geht es ihm ähnlich, bis dass seine Stumpfheit und geistige Schwäche soweit fortgeschritten ist, dass sich der Kranke gar nicht nach Beschäftigung umsieht, sondern planlos umherirrt und, wenn ihn der Hunger treibt, bettelt. Da sich derartige Kranke trotz ausgesprochener Verblödung meist geordnet benehmen, so werden sie oft nicht als pathologisch erkannt und mit Haft, bisweilen auch mit Arbeitshaus bestraft.

Unter unseren Kranken befanden sich vier Paralytiker. Nur in einem Falle handelte es sich um einen Mann, der erst nach dem Beginn der Paralyse zum Landstreicher geworden war und der, nachdem er sich schon etwa ein halbes Jahr unthätig auf freiem Felde herumgetrieben hatte, schliesslich die Familie verliess und seither ziellos, von Dorf zu Dorf bettelnd, umherirrte, dreimal bestraft wurde und nach der vierten Inhaftierung verworrene Verfolgungsideen äusserte, als krank erkannt und zu uns geführt wurde. Die drei übrigen Fälle, zwei Prostituierte und ein erethischer imbeziller Dieb, Zuhälter und Landstreicher, waren

schon verschiedentlich im Korrektionshause gewesen und wurden uns von dort aus zugeführt.

Vielleicht mehr als alle bisher besprochenen Defekte und Psychosen prädestiniert die Epilepsie zur Vagabondage. Unter den Insassen der Arbeiterhäuser finden wir zahlreiche Epileptiker, eine Thatsache, die ihre ganz verschiedenen Gründe hat.

In manchen Fällen, wo der Epileptiker schon in früher Jugend auf die Landstrasse geriet, spielen ähnliche Momente wie beim angeborenen Schwachsinn die Hauptrolle; es sind von Geburt an krankhaft veranlagte Persönlichkeiten, deren Schwachsinn grosse Aehnlichkeit mit dem gewisser Imbeziller zeigt. Sie sind intellektuell und ethisch defekt und nicht erziehungsfähig, zeigen für nichts nachhaltiges Interesse, fangen bald dies, bald das an, bringen es aber zu nichts Brauchbarem und geraten schliesslich in das Stromertum.

Im allgemeinen sind diese Fälle die Ausnahme. Zwar beobachten wir häufig angeborenen Schwachsinn bei Epileptikern, allein er ist in der Regel nicht derart, dass sie dadurch in ihrer Erwerbsfähigkeit geschädigt würden oder sich gar zu antisozialen Elementen entwickelten.

In schweren Fällen beeinträchtigt hingegen der meist erst zur Zeit der Pubertät sich entwickelnde charakteristisch epileptische Schwachsinn die Leistungsfähigkeit der Kranken in hohem Maasse und hebt sie schliesslich ganz auf. Dasselbe gilt von Krämpfen und Bewusstseinsverlusten. Treten sie erst in den zwanziger Jahren auf, so können auch seltenere und leichtere Anfälle gewisse Berufsarten, wie Anstreicher, Maurer, Zimmerleute u. a. völlig erwerbsunfähig machen und sie zwingen, als Gelegenheitsarbeiter ihr Brot zu verdienen. Vielfach jedoch werden derartige Kranke nicht einmal als Tagelöhner in grösseren Betrieben angenommen, da die Fallsucht im Volke vielfach Schrecken und abergläubische Furcht erweckt und die Aufmerksamkeit und gleichmässige Arbeit der Mitarbeiter durch Anfälle aller Art gestört wird. Daher wird das Leiden dieser Kranken häufig in ihrem Zeugnis und Wanderbuche erwähnt und ihnen so die Aussicht auf neue Anstellung noch gemindert.

Eine viel grössere Rolle als Schwachsinn und Krampfanfälle spielen bei den meisten Epileptikern die überaus häufigen Verstimmungen. Sie können verschiedener Art sein, reizbare, ängstliche, misstrauische, depressive Verstimmungen. Bei vielen Epileptikern finden wir auch einen eigentümlichen, periodisch auftretenden, unwiderstehlichen Impuls zum plötzlichen Davonlaufen und ziellosen Wandern, der sich meist ohne ausgesprocheneres Unlustgefühl, wie Angst oder Beklemmung, hin und wieder aber mit starker Ruhelosigkeit einstellt. Diese eigenartige Erscheinung

ist schon altbekannt und von Franzosen und Italienern wiederholt als Déterminisme und unter andern Bezeichnungen beschrieben. Donath hat vor einigen Jahren die Aufmerksamkeit von neuem darauf gelenkt und sie als Poriomanie bezeichnet. — Die Poriomanie ist nur eine eigenartige Form epileptischer Verstimmung. Wie wir bei dieser in vielen Fällen das Bewusstsein vollkommen erhalten finden, in anderen leichtere oder schwerere Trübungen beobachten, in wiederum anderen alle Grade von Besonnenheit bis zum Bewusstseinsverlust allmählich verfolgen können, so sehen wir auch den Epileptiker bei Beginn des poriomanischen Anfalles häufig anscheinend vollkommen klar und besonnen und erst im Laufe von Stunden und Tagen kann sich das Bewusstsein trüben bis zur völligen Bewusstlosigkeit. Mit anderen Worten, das, was als Poriomanie, Dromomanie und Déterminisme beschrieben wird und der Automatisme ambulatoire des Franzosen sind nur verschiedene Grade ein und derselben Erscheinung. Die Poriomanie ist analog der Dipsomanie eine epileptische Verstimmung und ein psychisches Aequivalent, das ohne Grenze in die als psychische Aequivalente längst erkannten Dämmerzustände übergehen kann.

Schwachsinn, überaus häufige Krampfanfälle oder psychotische Erscheinungen und endlich die Verstimmungen sind die ursächlichen Momente, die den Epileptiker in die Landstreicherbahn geraten lassen. Während höhere Grade von Schwachsinn und häufige schwere Erscheinungen den Kranken dauernd arbeitsunfähig und zum professionellen Landstreicher machen, können Kranke, bei denen sich die Epilepsie im wesentlichen in Verstimmungen äussert, zwischendurch sehr fleissige und oft besonders zuverlässige Arbeiter sein. Tritt dann plötzlich die Verstimmung ein und wird der Kranke reizbar, anmaassend, streitsüchtig, so überwirft sich der sonst ruhige Mann schnell mit seinem Arbeitgeber und fordert freiwillig seine Entlassung oder wird fortgejagt. Da in diesen Stimmungen meist ausgesprochene Neigung zum Trunk besteht, so wird der Verdienst schnell in der Wirtschaft durchgebracht und im Rausch kommt es zu Vergehen und Verbrechen gegen die Person. In ihren poriomanischen Anfällen geben die Kranken ihre besten Stellungen auf, um dem unwiderstehlichen Drange zu folgen, vergessen in der Hast Papiere und Habseligkeiten und laufen ziellos in die Welt hinein. Im Gegensatz zu den übrigen Landstreichern, besonders zu den Alkoholikern und Dementia präcox-Kranken, treiben sie sich oft Jahre lang im Auslande herum, werden als Kohlenzieher nach Amerika verschlagen und lassen sich als Fremdenlegionäre anwerben. Verschiedene unserer Kranken hatten halb Europa durchwandert, einer bis Apulien und Kalabrien, ein anderer Frankreich, Spanien,

Oesterreich-Ungarn und war nachweislich bis Konstantinopel gekommen, „immer den Telegraphenstangen nach", wie er erzählte.

So gestaltet sich das Leben derartiger Kranker häufig sehr bunt abenteuerlich. Ruhige, arbeitsame und sesshafte Zeiten wechseln ab mit Perioden, in denen sie vagabundierend herumstreifen, wegen Bettelns, Widerstands gegen die Staatsgewalt, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Majestätsbeleidigung u. s. w. bestraft werden. An der Hand der Akten lässt sich häufig noch feststellen, dass eine überraschende Anzahl von derartigen Vergehen und Verbrechen in ausgesprochenen Verstimmungen begangen wurden, in denen natürlich der Schutz des § 51 dem Thäter hätte zugebilligt werden müssen. — Werden sie schliesslich ins Arbeitshaus überführt, so treten ihre „Krachtage", wie einer der Kranken seine reizbaren Verstimmungen bezeichnend nannte, zwar auch häufig auf und führen zu Bestrafungen wegen Widerspenstigkeit, Thätlichkeit u. dergl., im allgemeinen treten sie jedoch bei der erzwungenen Abstinenz mehr zurück, so dass intelligentere Epileptiker bisweilen zu den besten Arbeitern zählen und hin und wieder in Gnaden vorzeitig entlassen werden. Meist werden sie jedoch bei fortschreitendem Schwachsinn und dem verheerenden Einflusse des fast nie fehlenden Alkoholmissbrauches schliesslich zu professionellen Landstreichern.

Wie schon bemerkt, spielt die Epilepsie unter den Vagabunden eine grosse Rolle. Bonhöffer fand sie in nahezu $^1/_8$ seiner grossstädtischen Bettler und man darf annehmen, dass sie bei diesen seltener ist als bei den Landstreichern. Unter unseren Fällen zählten wir 19 Epileptiker, von diesen waren 14 in Arbeitshäusern gewesen. Unter ihnen war nur eine Prostituierte, wie denn überhaupt die gewerbliche Unzucht unter Epileptikern seltener als bei Imbezillen und Hysterischen zu sein scheint. Immerhin ist die Zahl unserer Epileptiker klein gegen die der Dementia präcox-Kranken. Der Grund dafür ist wieder der, dass sie nur selten aus den Arbeitshäusern in die Irrenanstalten überführt werden. Ursache zur Ueberführung waren durchweg schwere Verstimmungen bezw. Dämmerzustände, die zu tobsüchtigen Erregungen, Selbstmordversuchen oder Wahnvorstellungen führten.

Das Gros unseres Materials und gleichzeitig sozial und klinisch das reichhaltigste und interessanteste gehört einer Gruppe von Erkrankungen an, die wir vorläufig unter der Bezeichnung Dementia präcox zusammenfassen; es waren 66 Fälle. Von diesen waren nur sechs nicht in Arbeitshäusern gewesen, die übrigen 60 zum kleinen Teile einmal, meistens wiederholt. Unter den 66 Fällen befanden sich sechs Frauen, die sämtlich gleichzeitig Prostituierte waren.

Gehen wir auf die Entwicklung dieser Fälle genauer ein, so können wir zunächst drei Gruppen unterscheiden.

Die erste Gruppe wird von ursprünglich gesunden und sesshaften Persönlichkeiten gebildet, die in geordneten Erwerbsverhältnissen lebten, bis dass sie meist zwischen dem 20. und 30. Jahre von einer schweren akuten Psychose befallen wurden, nach deren unvollkommener Heilung sie in die Landstreicherlaufbahn gerieten. Hochgradiger Schwachsinn, Wahnvorstellungen oder ein akutes Aufflackern des Prozesses im Korrektionshause führten oft erst nach Jahrzehnten ihre endliche Ueberführung in die Klinik herbei.

Eine zweite Gruppe bilden ebenfalls ursprünglich soziale Elemente, die sich, ohne dass eine ausgesprochene geistige Störung vorhanden war, ziemlich plötzlich oder mehr allmählich ohne erkennbaren Grund einem unsteten und unregelmässigen Leben hingaben und zu professionellen Landstreichern wurden. Erst im Laufe von Monaten, häufig erst im Laufe von Jahren und Jahrzehnten und nach wiederholten Internierungen in Korrektionshäusern traten ausgesprochene psychotische Erscheinungen auf oder wurde der Schwachsinn als so hochgradig erkannt, dass eine Ueberführung in eine Anstalt notwendig erschien.

Die dritte Gruppe endlich setzt sich aus von Haus aus pathologischen Individuen zusammen, bei denen schon in früher Jugend sittliche und intellektuelle Defekte vorhanden waren, die nach meist unvollkommener Schulausbildung kein Handwerk erlernten, sondern schon früh ins Vagabondieren gerieten und nach massenhaften Strafen wegen Verbrechen gegen die Person und das Eigentum, Bettelns und Landstreichens, nach häufigen Internierungen in Gefängnissen, Zuchthäusern und Korrektionsanstalten ausgesprochen geisteskrank und in die Irrenanstalt überführt wurden.

Zunächst gehen wir auf die erste Gruppe ein, bei welcher der unstete Lebenswandel eine Folge des durch eine schwere Psychose erworbenen geistigen Schwächzustandes ist.

Ueber die im allgemeinen ungünstige Prognose der schleichend einsetzenden Formen der Dementia präcox ist man sich wohl im grossen und ganzen einig. Was den Ausgang der akut, meist mit lebhafter Erregung und zahlreichen Halluzinationen einsetzenden Formen anbelangt, so gehen die Ansichten noch weit auseinander. Im allgemeinen darf man wohl sagen, dass sie von vielen Seiten zu optimistisch beurteilt werden und dass leichte Defekte viel häufiger auftreten, als gewöhnlich angenommen wird.

Kraepelin macht darauf aufmerksam, dass selbst in solchen Fällen, in denen dem sachverständigen Arzte nach Ablauf der Erkrankung

keinerlei Defekt auffällt, die Angehörigen nach längerem Zusammenleben mit dem anscheinend Geheilten eine Veränderung der Persönlichkeit bemerken können, die sehr verschiedene Grade erreicht und sich auf mannigfaltige Weise äussert. Häufig tritt sie schon in der äusseren Haltung des Kranken, in einem unfreien, stillen und scheuen Wesen hervor, in anderen Fällen macht sie sich durch ein launisches, reizbares und unverträgliches Betragen bemerkbar. In den meisten Fällen pflegt aber ganz besonders die gemütliche und geistige Anregbarkeit gelitten zu haben. Das rege Interesse an Thätigkeit und Beruf ist verloren gegangen, die Kranken sind gleichgültiger, stumpfer geworden, sie haben keine Initiative, kein Streben, keinen Ehrgeiz mehr, fassen keine weitausschauenden Pläne, sorgen nicht für die Zukunft, sparen nicht, sondern vergeuden das Erworbene für gleichgültige Dinge, sie kennen nicht das Bedürfnis zur Gründung einer gesicherten Existenz und leben in den Tag hinein. Häufig liegt die Schädigung mehr auf ethischem Gebiet. Die Kranken verlieren Liebe und Anhänglichkeit an Eltern und Freunde, geben sich einem unregelmässigen Leben hin, verfallen dem Trunk und begehen Veruntreuungen und kleine Diebstähle. Sehr oft beobachtet man eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit, die nicht selten durch Misstrauen, Empfindlichkeit und Unzufriedenheit genährt wird, die Kranken haben keine Freude an dauernder gleichmässiger Arbeit, sie fühlen sich überall missverstanden, benachteiligt und gekränkt, wechseln Stellung und Beruf und finden nirgends Befriedigung. Das Benehmen der Kranken kann dabei ganz natürlich und geordnet sein, so dass die leichten Charakterveränderungen von den Angehörigen häufig als Laune, Trägheit und Ungezogenheit aufgefasst werden. Je nach dem Grade des Defekts kann der Kranke in vielen Fällen noch eine bescheidene Stellung ausfüllen, in andern versagt er, sobald die Angehörigen ihm Schutz und Stütze entziehen.

Derart sind die leichten Schwachsinnsformen, die in unzähligen Fällen den Boden abgeben zu Betteln und Landstreichen, bei Frauen zur Prostitution. Die Kranken ziehen ziellos und unstet durch die Lande, arbeiten hier und dort als Tagelöhner und Gelegenheitsarbeiter, fühlen sich nirgends wohl, sondern überall benachteiligt und verfolgt, geben die Stellungen bald auf und wandern weiter. Das erworbene Geld wird von den schwachen und Verführungen leicht zugänglichen Menschen schnell durchgebracht und hin und wieder kommt es in der Trunkenheit auch zu Vergehen gegen die Person. Im Winter besonders geraten sie regelmässig in grosse Not, betteln und begehen auch wohl kleine Diebstähle. Verbrechen führen sie kaum aus, dazu fehlt ihnen Initiative und Willensstärke. Schliesslich landen sie im Arbeitshause. Hier betragen sie sich

meist leidlich, in einzelnen Fällen führen Faulheit und Widersetzlichkeit zu Disziplinarstrafen. Häufig entwickeln sich allmählich schwachsinnige Wahnideen, die aber meist nur bei eingehender Untersuchung festgestellt und von den Strafanstaltsärzten, die nur in Ausnahmefällen ihrer Aufgabe gewachsen sind, für Simulation gehalten werden. Akute Erregungen, Angriffe auf Mitgefangene oder hochgradiger Schwachsinn führen endlich die Ueberführung in eine Irrenanstalt herbei.

Die zweite Gruppe unserer Einteilung setzte sich ebenfalls aus ursprünglich geistig gesunden und sozialen Elementen zusammen, bei denen das unstete und unruhige Leben, Betteln und Landstreicherei Begleiterscheinung einer schleichenden geistigen Erkrankung der Hebephrenie war.

Der Beginn der Hebephrenie ist in den klassischen Fällen sehr charakteristisch. Die meist im Alter von 16—20 Jahren stehenden Kranken werden allmählich stiller, menschenscheuer, zurückhaltender, hin und wieder auch launisch, vorlaut, gereizt und widerspenstig. Sie verlieren Lust und Liebe zur Arbeit, werden nachlässig, denkfaul, unaufmerksam und zerstreut. Häufig tritt zeitweilig schon ein albernes, gesuchtes und gespreiztes Wesen hervor. Die Kranken benehmen sich wie ungezogene Kinder, begehen absurde Handlungen, kleiden sich auffallend. Während in einigen Fällen die geistige und körperliche Trägheit mehr und mehr hervortritt und die Kranken stumpf und indolent in den Ecken herumhocken, macht sich bei vielen eine innere Unruhe und Erregung bemerkbar, sie fangen alles mögliche an, ohne etwas zu Ende zu führen, wechseln fortwährend Wohnung und Stellung, machen nutzlose Einkäufe und häufig laufen sie mittel-, plan- und ziellos in die Welt hinein.

Derartige Kranke spielen unter den Landstreichern eine grosse Rolle. In den meisten Fällen häufen sich die Strafen wegen Bettelns und Landstreichens in kurzer Zeit derart, dass sie bald zur Aufnahme in ein Arbeitshaus kommen. Hier führt das indolente und stumpfe Verhalten des Kranken, in anderen Fällen seine Reizbarkeit und Undisziplinierbarkeit zu massenhaften Strafen. Nur in selteneren Ausnahmen zieht sich der Wechsel zwischen Landstrasse, Gefängnis und Arbeitshaus über viele Jahre hin; in der Regel schreitet die Verblödung schnell fort und führen akute, halluzinatorische Erregungen, ausgesprochene Wahnbildungen u. dgl. zur Ueberweisung in eine Irrenanstalt.

In einzelnen Fällen fand ich eine Form von hebephrenischer Verblödung, die trotz ihrer relativen Häufigkeit noch wenig bekannt ist, da sie überaus langsam und jahrzehntelang ohne aktiv psychotische Erscheinungen, wie Halluzinationen u. dgl. verläuft. Die Entstehung dieser

Erkrankung ist so schleichend, dass der Zeitpunkt des eigentlichen Beginnes meist nur vermutet werden kann. Im übrigen gleicht der Verlauf in seinen Hauptzügen sehr dem der klassischen Hebephrenie. Die meist nicht unintelligenten, häufig sogar besonders begabten Kranken werden im Alter von 16 bis 18 Jahren leistungsunfähiger, ihre geistige Regsamkeit, Aufnahmefähigkeit und Ansprechbarkeit nimmt ab. Sie zeigen keine Freude an anregendem Verkehr, ziehen sich zurück, höhere geistige Genüsse haben keinen Reiz mehr für sie, sie vernachlässigen ihre Liebhabereien, mit denen sie ihre Musse auszufüllen pflegten, sitzen unthätig und gelangweilt herum und verlieren Ehrgeiz und Streben. Ganz allmählich, oft erst nach Jahren und bisweilen unter leichten Remissionen nimmt die Störung zu; ohne dass sich die Kranken dessen bewusst werden, werden ihre früher oft vorzüglichen Leistungen minderwertiger und es wächst ihre Unentschlossenheit, Unstetigkeit, Gleichgültigkeit und Willensschwäche. Bisweilen tritt nach Jahren ein Stillstand in der Erkrankung ein und der Patient kann, wenn auch nur in bescheidenen Verhältnissen, noch annehmbares leisten, in vielen Fällen jedoch kommt es zu hochgradiger Verblödung mit spärlichen, schwachsinnigen und zerfahrenen Wahnideen, vereinzelten Halluzinationen und katatonen Symptomen.

Es liegt in der Natur dieser Störung, dass der Irrenarzt sie nur selten beobachten kann, zumal die Charakterveränderung meist eine so schleichende und allmähliche ist, dass sie selbst von intelligenteren Angehörigen nicht als krankhaft erkannt wird, sondern äussere Verhältnisse dafür verantwortlich gemacht werden. Oefter jedoch führen die äusserst häufigen hypochondrischen Beschwerden vager und unbestimmter Natur, Kopfschmerzen, Schwindel, Kopfschwäche, Schwachheit u. dgl., den Kranken zum Nervenarzte. Doch auch diese pflegen bei Abwesenheit aller ausgesprochen psychotischen Erscheinungen und dem natürlichen und geordneten Benehmen derartiger Kranker die Schwere der Störung zu verkennen und Neurasthenie zu diagnostizieren. Jedoch selbst in den Fällen, wo schon eine deutliche geistige Schwäche eingetreten ist, wird die Erkrankung meist unrichtig beurteilt und ein angeborener Defekt, eine Imbezillität, angenommen. Haben derartige Kranke einen Rückhalt an pekuniär gut gestellten Eltern, so enden sie nach vielfachen, missglückten Versuchen, sie bei Gärtnern und Landwirten unterzubringen, endlich doch in einer Erziehungsanstalt und schliesslich im Irrenhaus. Der auf sich angewiesene, aus bescheidenen Verhältnissen stammende Kranke verliert bald jede Fühlung mit der Familie und wird willenlos in den Strom der Landstreicher hineingetrieben. Er ist Landstreicher

κατ' ἐξοχήν und sein eintöniges Strafregister weist fast nur Strafen wegen Bettelns, Landstreichens sowie Bettelns und Landstreichens auf. Alle paar Jahre wandert er zur Besserung ins Arbeitshaus. Erst nach Jahrzehnten oft wird seine geistige Störung erkannt und wird er durch Ueberführung in eine Irrenanstalt endgültig dem unsteten Leben entzogen.

Wir kommen nun endlich zur dritten Gruppe der Dementia präcox. Sie wird von Kranken gebildet, die schon in frühester Jugend einen ausgesprochenen intellektuellen und sittlichen Defekt darboten. Sie lernten schwer, waren undisziplinierbar und unstet. Bereits im Knabenalter gerieten sie wiederholt mit den Gerichten wegen kleiner Diebstähle, Bettelns und Landstreichens in Konflikt, zeigten keine Neigung zu ernster Thätigkeit, liefen ihren Meistern fort, erlernten in der Regel kein Handwerk und gerieten auf die Landstrasse. Bei vielen überwogen, besonders in den jüngeren Jahren, verbrecherische Neigungen; einige waren anfangs ausschliesslich Diebe und Einbrecher und erst allmählich wurden sie zu professionellen Landstreichern. Nach Jahren und Jahrzehnten, nachdem sie oft mehr als 50 und 100 Strafen erlitten hatten und sich bei weitem der grösste Teil ihres Lebens im Gefängnis und Zuchthaus, später im Arbeitshaus abgespielt hatte, wurden sie, die jüngeren zum Teil mit den Symptomen der Kahlbaum'schen Katatonie, die älteren meist mit hochgradiger, hebephrenischer Verblödung der Anstalt überwiesen.

Während bei den Fällen der vorigen Gruppe das Aufgeben der sozialen Lebensführung uns einen Anhaltspunkt für die einsetzende Veränderung der Persönlichkeit gab, ist es in diesen natürlich äusserst schwierig oder unmöglich den Zeitpunkt des Beginns der progressiven Verblödung anzugeben. Bei den hebephrenisch Verblödeten ergab jedoch sehr häufig das Studium der Akten, dass sie oft schon vor Jahren Symptome von geistiger Störung geboten hatten, die teilweise auch als solche erkannt, teilweise für Simulation gehalten wurden.

Derartige Fälle, in denen sich auf dem Boden eines schon bestehenden Schwächezustandes hebephrenische und katatonische Verblödungen entwickeln, sind nicht so selten. Unter unseren Landstreichern jedoch finden wir sie in etwa 20 % der Dementia präcox-Fälle, d. h. in einem überraschend hohen Prozentsatz. Als Erklärung für die starke Häufung dieser Gruppe unter den Landstreichern könnte die häufig geäusserte Ansicht dienen, dass das unregelmässige, entbehrungsreiche Leben, der häufige Aufenthalt in Gefängnissen und Einzelhaft als Ursache für die Entwicklung der Psychose anzusehen sei. Dass psychische Erregungen bei manisch-depressiven, die auch in ihrer freien Zeit labil sind, durch Verstärkung einer leichten Schwankung einen Anfall von Manie oder Depression

hervorrufen können, ist nicht zu bezweifeln, vielleicht können Kummer und Sorgen im zu Depressionen aller Art geneigten Klimakterium auch schwere Depressionen mit spezifischer Färbung bewirken. Allein, mir widerstrebt es anzunehmen, dass derartige Schädlichkeiten, wie unstetes Leben, Gefangenschaft u. s. w., die Ursache für eine schwere, in Blödsinn übergehende Psychose sein können. Freilich sehen wir ja in zahlreichen Fällen im Gefängnisse katatonische Erregungen auftreten, die oft die erste Aeusserung der progressiven Erkrankung sind, bei genauerer Untersuchung finden wir jedoch sehr häufig Anhaltspunkte dafür, dass der Beginn der Erkrankung schon weiter zurückliegt. Wie eine Erkältung nicht die Ursache ist für die Entstehung der Phthise, durch das Hervorrufen akuter Symptome es jedoch häufig zu sein scheint, so glaube ich, dass die Beziehungen zwischen Einzelhaft, unregelmässigem Leben und Entstehung von chronischer, in Verblödung übergehender Geisteskrankheit nicht weiter gehen, als dass diese Schädlichkeiten ein Aufflackern schon bestehender oder in ihrer Anlage vorhandener, jedoch bis dahin wenig hervorgetretener Prozesse begünstigen. Dass gerade unter den Landstreichern die Verblödungen auf dem Boden angeborener Schwächezustände so ausserordentlich häufig sind, findet seine Erklärung darin, dass der angeborene Defekt schon derartig zum antisozialen und unsteten Leben prädestiniert, dass wir nur relativ selten Fälle zu sehen bekommen, die nicht schon in der Jugend Landstreicher oder Verbrecher waren.

Wie haben wir diese Fälle aber klinisch aufzufassen? Viele Psychiater zählen sie zur Imbezillität. Die Imbezillität ist jedoch nach unserer Ansicht ein stationäres Krankheitsbild, während wir es hier mit progressiven, die höchsten Grade von Verblödung erreichenden Geistesstörungen zu thun haben. Die Endzustände gleichen, wie gesagt, ganz denen der Katatonie und Hebephrenie, der Boden, auf dem sie erwachsen, der Imbezillität. Man kann die Fälle demnach als Imbezillität mit aufgepfropfter Katatonie resp. Hebephrenie auffassen. Masoin hat auf die grosse Aehnlichkeit aufmerksam gemacht, die gewisse Idioten mit den Endzuständen der Katatonie zeigen und die Vermutung ausgesprochen, dass wir es in diesen Fällen mit Katatonie in utero zu thun haben. Der Gedanke liegt nahe, dass auch bei den besprochenen Verblödungen die angeborenen Schwächezustände nur äusserlich das Bild der Imbezillität bieten, klinisch jedoch der Dementia präcox-Gruppe angehören.

Ich habe im vorigen ein flüchtiges Bild von der Zusammensetzung des Vagabundentums gegeben und einige klinische Einzelheiten über die Psychosen von 110 Landstreichern mitgeteilt. Es erübrigt mir noch zu bemerken, dass die übrigen 10 von den 120 Fällen zur Hälfte klinisch

nicht klar waren. In den anderen fünf handelte es sich um Verschiedenes: um eine syphilitische Gehirngefässerkrankung, um eine Gefangenenpsychose bei einem imbezillen vagabondierenden Einbrecher und Zuhälter, um einen hochgradig schwachsinnigen Kretinen und endlich um einen typischen, nicht geisteskranken Delinquente nato.

Die Mannigfaltigkeit der psychischen Befunde ist, wie wir gesehen haben, bei den Landstreichern eine viel grössere, als bei den Gewohnheitsverbrechern. Während hier jene krankhaften Persönlichkeiten, die wir als Dégénéré inférieur, als Delinquente nato u. s. w. bezeichnen, überwiegen, finden wir in der Vagabundengruppe ein buntes Gemisch von allen möglichen Schwächezuständen. Im Gegensatz zu der Aktivität des Gewohnheitsverbrechers finden wir hier Passivität, Schwäche des Willens und der Intelligenz. In den Fällen, wo diese zurücktreten, ist die Vagabondage meist mit verbrecherischen Neigungen verknüpft.

(Aus der Poliklinik des Herrn Prof. H. Oppenheim.)

Ueber einen bemerkenswerten Fall von Hemikranie.

Von **Dr. Georg Flatau**, Assistent der Poliklinik.

Der 48jährige Patient suchte vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren unsere Poliklinik auf und gab folgende Krankengeschichte an:

Der Grossvater mütterlicherseits litt an Migräne, Mutter und Vater hatten ebenfalls Migräneanfälle, der Vater starb, über 80 Jahre alt, an Altersschwäche, auch die Mutter hat ein hohes Alter erreicht. Von den Geschwistern der Mutter, elf an der Zahl, hatten neun Migräne, und auch diese sind fast alle sehr alt geworden; im hohen Alter sollen sich bei ihnen häufig Schlaganfälle gezeigt haben. Von den Geschwistern des Kranken selbst hatte eine Schwester Kopfschmerzen, die anfallsweise auftraten; ein jüngerer Bruder hat in früher Kindheit an Zahnkrämpfen gelitten; Patient selbst war gesund bis zum 16. Lebensjahre, dann trat, wie er meinte, infolge körperlicher Anstrengung ein Anfall auf. Er bemerkte zuerst ein Flimmern vor einem Auge, ob links oder rechts, weiss er nicht. Dieses Flimmern kam von der äusseren Peripherie des Gesichtsfeldes; das flimmernde Feld hatte eine zackige Umrandung, es schossen leuchtende Punkte, Sterne, Blitze hin und her. Diese Erscheinung soll ungefähr eine halbe Stunde gedauert haben, dann trat ein Kopfschmerz über dem anderen Auge auf — es stellte sich Uebelkeit, Erbrechen, eine grosse Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch ein. Seitdem wiederholten sich diese Anfälle regelmässig in bestimmten Zwischenräumen von 14 Tagen bis zu 3 und 4 Wochen: zwischen den Anfällen befand sich der Patient wohl; manchmal stellte sich mit dem Augenflimmern zugleich ein Kribbeln in den Fingern, dem Gesicht und in einer Zungenhälfte ein und zwar in der Seite, welche der Kopfschmerzseite entgegengesetzt war. Im Alter von 27 Jahren bekam Patient Typhus und im Anschluss daran angeblich Pocken. Er will während oder auch im

Anschluss an diese Krankheiten vier Wochen wie besinnungslos gelegen haben; als er zur Besinnung kam, konnte er zunächst nicht sprechen. Es ist indessen über den Grad und die Art der Sprachstörung etwas Sicheres nicht festzustellen — schreiben konnte er, er äusserte seine Wünsche zunächst schriftlich; Lähmungserscheinungen im Gesicht und in den Gliedmassen sollen nicht bestanden haben, doch war ihm die Zunge schwer. Ganz bestimmt giebt er an, es habe damals eine Schluckstörung bestanden, er kam leicht ins Husten, vier bis sechs Wochen dauerte es, bis er wieder etwas sprechen konnte, und unter Uebungen hat sich dann die Sprache wieder ganz hergestellt. Er giebt ferner an, dass er sich damals bei Getränken und bei flüssigen Speisen häufig verschluckt habe — Flüssigkeiten kamen dabei durch die Nase zurück; kauen konnte er gut, hatte auch keine Schwäche in der Kaumuskulatur. Er meint, dass auch heutigen Tages er sich leichter verschlucke und beim Trinken ins Husten komme als andere Menschen. Seit damals sollen die Migräneanfälle in wechselnder Häufigkeit aufgetreten sein, manchmal ein, zwei, drei oder vier Anfälle im Jahre, in manchen Jahren aber auch 10 bis 20 Anfälle; in letzter Zeit hatte er innerhalb $2^1/_2$ Jahren zwei bis drei Anfälle. Vor $2^1/_2$ Jahren suchte er die Poliklinik auf, weil er plötzlich eines Tages nicht mehr schreiben konnte, im Verlaufe eines seiner typischen Migräneanfälle hatten sich besondere Empfindungen in der rechten Hand, Gesichts- und Zungenhälfte eingestellt, der Kopfschmerz sass auf der linken, das Augenflimmern auf der rechten Seite; er konnte Arm, Hand und Finger der rechten Seite bewegen, fühlte aber eine besondere Schwere und Schwäche dabei, indessen meint er, dass diese Schwäche nicht der Grund seines Nichtschreibenkönnens gewesen war, sondern er war nicht imstande, für das, was er im Kopfe hatte und schriftlich ausdrücken wollte, die entsprechenden Schriftzeichen zu finden; falsche Worte statt der richtigen hat er nicht geschrieben. Die Sprache war insofern behindert, als er lange nachdenken musste, ehe er für das, was er sagen wollte, die richtigen Worte fand. Dieser Zustand soll etwa vier Tage gedauert haben, dann konnte er wieder sprechen und schreiben wie sonst und will auch keinerlei Schwere- und Lähmungserscheinungen mehr empfunden haben. Bei den nun folgenden Anfällen von Migräne hatte er die oben beschriebenen Störungen nicht. Am 9. Oktober des Jahres bekam er im Anschluss an eine heftige Erregung wieder einen schweren Migräneanfall, es wurde ihm schwarz vor den Augen und schwindlig, es stellte sich Augenflimmern rechts ein, linksseitiger Kopfschmerz, der rechte Arm war dabei schwach, es trat auch dieselbe Schreibstörung wie vor $2^1/_2$ Jahren ein; die Sprachstörung war dieses Mal heftiger, so dass er fast gar nicht sprechen konnte — die Störung dauerte fast zehn Tage. Einige Tage nach Beendigung dieses Anfalles stellte er sich zur neuen Untersuchung in der Poliklinik vor. Die körperliche Untersuchung bot im wesentlichen ein negatives Resultat, namentlich fehlten Zeichen einer Lähmung. Der Gesichts- und Zungennerv funktionierte in normaler Weise, in der Kraft der Extremitäten war kein Unterschied, ebensowenig bezüglich des Gefühles, das Sehen war ganz normal, eine hochgradige Schwerhörigkeit bestand bereits seit langen Jahren. Auffällig ist, dass die Sprache etwas näselnd ist; das war auch schon bei der Untersuchung vor $2^1/_2$ Jahren aufgefallen. Patient giebt an, dass die Sprache seit der oben beschriebenen Erkrankung immer etwas nasal gewesen sei. Er findet alle Bezeichnungen für vorgehaltene Gegenstände, versteht Aufforderungen und

kommt ihnen prompt nach. In der Unterhaltungssprache zeigt sich kein Defekt, weder bezüglich der Artikulation noch bezüglich der Intelligenz. Der Augenhintergrund zeigt keine krankhaften Veränderungen, die Pupillenreaktion ist erhalten, das Knie-Phänomen von normaler Stärke. Es ist also derzeit ausser der etwas näselnden Sprache und der zeitweise angedeuteten Schluckstörung kein Zeichen einer organischen Nervenläsion nachzuweisen.

Wir haben mithin folgendes Bild:

Bei einem an Migräne leidenden Patienten hat sich vor 21 Jahren im Anschluss an eine schwere Infektionskrankheit ein Gehirnleiden entwickelt. Aus der Beschreibung, die der Kranke giebt, lässt sich entnehmen, dass es sich wesentlich um Sprachstörung, wahrscheinlich Dysarthrie und Schluckstörung gehandelt hat. Man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass es sich um encephalitische Herde gehandelt hat, die das Bild der Bulbärparalyse ergaben. Der Prozess ist ohne wesentliche Defekte ausgeheilt, er hat nur ein geringes Näseln und eine Schluckstörung hinterlassen. Auch der regressive Verlauf und das Auftreten im Anschluss an eine Infektionskrankheit machen die Annahme eines Encephalitisherdes höchst wahrscheinlich. Der Verlauf der Migräne giebt noch Anlass zu einigen Bemerkungen:

Patient war in hohem Grade erblich belastet, da beide Eltern an Hemikranie litten. Erfahrungsgemäss verlaufen bei beiderseitiger Belastung die Anfälle bei den Nachkommen recht schwer; immerhin war Patient bis zum 16. Lebensjahre frei geblieben, erst dann trat, durch das Moment der Ueberanstrengung ausgelöst, der erste Anfall auf. Das ist auch nichts Befremdendes, denn häufig wird die Disposition vererbt, bis später durch gewisse Ursachen die verborgene Migräne offenbar wird.

Der Verlauf des Einzelanfalles war der, dass typische Augenmigräne visuelle aura, wie Möbius sie nennt, d. h. Flimmerskotom von kurzer Dauer auf einem Auge, dann Kopfschmerz auf der anderen Seite, Uebelkeit, Erbrechen, Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch, auftraten; manchmal verbanden sich damit Parästhesien in der dem Kopfschmerz entgegengesetzten Gesichtshälfte und in den oberen Extremitäten. Auch dieses letztere Symptom ist nicht so sehr selten.

Anders verhält es sich mit den beiden bei dem letzten Anfall hinzugetretenen Erscheinungen der Schreib- und Sprachstörung: Bei linksseitig lokalisiertem Kopfschmerz waren Parästhesien in der rechten Hand und der rechten Gesichtshälfte aufgetreten; während die Schreibstörung bei dem ersten Anfalle deutlich ausgeprägt war, war die Sprachstörung nur angedeutet und bestand lediglich in einer gewissen Schwierigkeit, für die Begriffe schnell genug die richtigen Worte zu finden. Deutlicher war diese Störung bei dem letzten Anfalle, hier handelte es sich in der That

um eine ausgebildete Aphasie, die Unmöglichkeit, für Worte, die er im Kopfe hatte, die entsprechenden Laute zu finden. Diese Störung dauerte beim letzten Anfall fast zehn Tage, um dann allmählich, aber doch im ganzen in kurzer Zeit, wieder zu verschwinden. Leider war es nicht möglich, den Kranken während des Anfalles zu untersuchen, so dass man auf seine Angaben, die er aber gut und bestimmt macht, angewiesen ist. Bezüglich der Schreibstörung giebt der Kranke ausdrücklich an, dass nicht die Bewegungsschwäche der Hand seine Schreibfähigkeit beeinträchtigt, sondern dass er die entsprechenden Schriftbilder nicht zusammenzusetzen imstande war. Ueber Störungen des Lesens macht er keine Angaben, nur meint er, dass, wenn es ihm gelungen war, etwas niederzuschreiben, ihm seine eigene Schrift wie etwas Fremdes, Unverständliches erschien.

Alle diese Störungen, einschliesslich der Alexie, finden sich in der Litteratur erwähnt; auffällig ist jedoch in unserem Falle die lange Dauer der Symptome. So soll im letzten Anfall die Sprachstörung sich über mehr als eine Woche erstreckt haben; die Störung des Schreibens hat sich jedenfalls über mehrere Tage erstreckt, während in den sonst in der Litteratur erwähnten Stellen fast immer die Störung in ganz kurzer Zeit verschwand.

Für die Prognose der Migräne bietet der Fall ebenfalls einiges Interessante. Die Prognose der Migräne ist namentlich von Charcot und seinen Schülern als ziemlich ungünstig dargestellt worden. Möbius ist der Ansicht, dass bei häufiger Wiederkehr der Anfälle die Möglichkeit einer dauernden Schädigung des Gehirns bestehe, deswegen dürfe man die Migräne nicht leicht nehmen und soll jedenfalls versuchen, durch die Behandlung die Anfälle, wenn man sie auch nicht ganz beseitigen kann, doch seltener und leichter zu machen. Oppenheim spricht aus, dass die Migräne im ganzen ein harmloses Leiden darstelle, wenn auch vereinzelte Fälle beschrieben sind, in denen die sonst passagèren Lähmungssymptome zu dauernden Erscheinungen mit groben anatomischen Läsionen führten. Unser Fall ist sehr geeignet, die Ansicht Oppenheim's zu stützen: Wir hören, dass eine Reihe von Familienmitgliedern, die alle an Migräne litten, ein sehr hohes Alter erreichten. Auch bei dem Patienten selbst, der beiderseitig belastet ist und bei dem es sich um recht schwere Anfalls-Symptome handelt, ist die Rückbildung der Erscheinungen stets eine vollkommene gewesen. Es ist noch zu beachten, dass unser Kranker bereits ein mit gröberen Störungen verbundenes Hirnleiden durchgemacht hat, welches jedenfalls die Widerstandsfähigkeit der Zentralorgane herabgesetzt haben muss.

Ein so besonderer Fall, wie der vorliegende, giebt uns Veranlassung, nach der Grundlage der eigentümlichen Störungen zu fragen, die hier das Krankheitsbild zusammensetzen. Es würde über den Rahmen dieses kleinen kasuistischen Beitrages hinausgehen, wenn ich alle Theorien über Migräne aufführen wollte. Die wichtigsten der aufgestellten Theorien sind folgende:

Man nimmt an, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die jedenfalls an der Gehirnrinde lokalisiert ist. Oppenheim vertritt die Ansicht, dass die Symptome am besten durch einen Gefässkrampf erklärt werden, besonders werden durch diese Gefässkrampf-Theorie die passagèren Ausfallserscheinungen recht gut erklärt.

Ausser andern hat Spitzer gegen diese Gefäss-Theorie eine Reihe von Einwänden erhoben, zunächst wäre durch die Gefäss-Theorie nichts Genügendes über das Wesen der Migräne ausgesagt, weil nicht angegeben ist, von wo aus der Gefässkrampf ausgeht, ob vom Zentrum des vasomotorischen Apparates oder von peripheren Stellen. Es ist auch nicht gesagt, ob die Erscheinungen des Gefässkrampfes auf einer besonderen Reizbarkeit der Zentren beruhen und wie es möglich ist, dass an ganz gesonderten Stellen solche krampfhaften Erscheinungen an den Gefässen auftreten.

Auch die Theorie, welche das Wesen der Migräne in einer Stoffwechselerkrankung und auf dieser beruhenden Vergiftung sucht, wird zurückgewiesen. Spitzer selbst stellt folgende Theorie auf: Er nimmt an, dass eine Konstitutionsanomalie zu Grunde liegt, welche in einer absoluten oder relativen Stenose des foramen Monroi besteht; der Rand des foramen Monroi ist durch entzündliche Bindegewebswucherungen verdickt und die Oeffnung dadurch schwer erweiterbar geworden; der durch das foramen Monroi hindurchziehende Teil der Pia bildet eine Duplikatur, welche die Gefässe des Plexus chorioideus enthält. Wird nun durch irgend welche Ursachen eine aktive oder passive Hyperämie des Gehirns hervorgerufen, so muss auch der Plexus chorioideus sich an dieser beteiligen; es kommt zu einer vermehrten Absonderung von Liquor. Besteht nun die oben erwähnte Enge und Randverdickung des foramen Monroi, so muss das abgesperrte und vermehrte Wasser des Ventrikels, da es den Ausgang verlegt findet, auf die Wände des Ventrikels und die Gefässe des Plexus einen Druck ausüben. Von dem letzteren werden die Venen am meisten zusammengepresst und so der venöse Abfluss gehindert. So muss eine passive Hyperämie entstehen, weil der Arterienzufluss unverändert bleibt. Es entsteht eine Ausscheidung von Ventrikelflüssigkeit und diese vermehrt die Stauung noch immer fort.

Der Verschluss des foramen Monroi muss immer fester werden, da der stark geschwollene Plexus die Oeffnung mehr und mehr verlegt; der Druck der ausgeschiedenen Kammerflüssigkeit muss sich nun auf das Gehirn weiter fortpflanzen und dieser Druck pflanzt sich durch die umgebende Gehirnmasse mit allmählich abnehmender Intensität fort. Im allgemeinen würde dieser Druck ausgeglichen werden können durch die Elastizität der Bindegewebsbalken und dadurch, dass der Liquor durch die Lymphbahn und Venen die Schädelhöhle verlassen kann; bestehen aber auch in ähnlicher Weise wie bei der Umgebung des foramen Monroi Bindegewebswucherungen an der Aussenfläche des Gehirns, so dass starke Adhäsionen zwischen Pia und Rinde vorhanden sind, so kann sich die Rinde nicht genügend durch den Druck von innenher entfalten, es kommt zur Zerrung von Bindegewebszügen, und zwar werden abwechselnd durch Ueberwindung der Widerstände hier Blutgefässe gezerrt und eingeschnürt und Ernährungsstörungen gesetzt, die durch den Kreislauf rasch behoben werden. An anderen Stellen entstehen kleine Zerreissungen, die die Kompression aufheben — kurz, es entsteht eine diskontinuierliche Erregung der Hirnrinde, welche nach Spitzer das Symptom des Augenflimmerns und der Parästhesien genügend erklärt. Nimmt nun die Schwellung so weit zu, dass der Subduralraum erfüllt ist, so hören die Symptome der aura auf, während der Schmerz durch Zerrung der unnachgiebigen Dura nunmehr auftritt. Der volkommenen Erfüllung des Subduralraumes folgt nun eine immer mehr zunehmende Erweiterung des Ventrikels, an der sich auch das foramen Monroi beteiligt. Wird durch den Druck das Foramen genügend erweitert, um dem Kammerwasser Abfluss zu geben, so hört mit einem Schlage die Stauung auf und der ganze Zustand kehrt zur Norm zurück.

Das ist im wesentlichen die von Spitzer aufgestellte Theorie. Man sieht sofort, dass sich eine ganze Reihe von Einwendungen gegen dieselbe erheben lassen; zunächst ist nicht ersichtlich, aus welchem Grunde man die groben anatomischen Veränderungen, wie es doch Bindegewebswucherungen um das foramen Monroi und an der Hirnoberfläche sind, annehmen soll; durch Sektionsbefunde ist diese Annahme sicher nicht gestützt. So erklärt die Hypothese nicht die Einseitigkeit der Erscheinungen, denn es liegt keine Veranlassung vor, anzunehmen, dass die Hirn-Hyperämie, welche nach Spitzer den Anstoss zum Beginn der Stauung geben soll, immer nur eine Seite betreffen soll und nicht beide Seiten, und da in sehr vielen Fällen die Migräneanfälle einmal rechts und einmal links sitzen, so müssten die Bindegewebsveränderungen in beiden Hemisphären angenommen werden. Die durch Erweiterung des

Ventrikels und die Oedemisierung einer ganzen Hirnhemisphäre gesetzten Veränderungen können auch, wenn man sich ihre Dauer für Stunden vorstellt, nicht so leichter Natur sein, dass sie ganz spurlos wieder verschwinden sollten, ohne Veränderungen bleibender Art zu hinterlassen. Schliesslich bleibt auch bei Annahme der Spitzer'schen Theorie noch eine ganze Reihe von Punkten ebensowenig erklärt, wie bei allen anderen Theorien. Da die Anfälle sehr häufig ohne jede merkliche Veranlassung in vollstem Wohlsein auftreten, so ist nicht erkennbar, welche Ursache hier eine aktive oder passive Gehirnhyperämie hervorrufen sollte, die zu einer Stauung in einem Ventrikel und zu einem Oedem einer ganzen Gehirnhälfte führen sollte. Dass die Veränderungen, welche die Grundlage der Migräneerkrankung bilden, im Gehirn zu suchen sind, ist wohl kaum ernstlich zu bestreiten; welcher Art diese Veränderungen sind, darüber lassen sich nur Vermutungen hegen. Möbius ist der Ansicht, dass sicher die Zellen der Grosshirnrinde Sitz der hemikranischen Veränderungen sein müssen. Oppenheim nimmt nicht an, dass dem Leiden eine anatomische Erkrankung zu Grunde liege; nach seiner Ansicht sprechen eine Reihe von Thatsachen für den vasomotorischen Ursprung des Migräneanfalles. Es muss angenommen werden, dass es durch krampfhafte Kontraktionen von Gehirngefässen zu vorübergehenden Ernährungsstörungen komme, welche die Ausfallssymptome und die Reizsymptome bedingen. In einem Falle, wie dem unsern, bei welchem die sonst der aura zugezählten Erscheinungen, wie Gefühlsstörungen, Störung der Sprache und der Schrift, lange Zeit hindurch den eigentlichen Anfall, welcher mit Kopfschmerz und Erbrechen einhergeht, überdauern, wird man mit Recht fragen, ob es noch angängig ist, diese Erscheinungen der aura zuzuzählen. Auch Möbius wirft auf Grund anderer Erwägungen die Frage auf, ob nicht lediglich die visuellen Erscheinungen der aura zugehören und alle anderen Erscheinungen zu dem Anfalle selbst zu rechnen sind. In unserem Falle wäre noch daran zu denken, dass vielleicht die frühere Schädigung des Gehirns an der langen Dauer der aphasischen Erscheinungen schuld wäre. Man wird sich am besten die Erscheinungen so deuten können, dass eine angeborene Veränderung gewisser Zentren besteht, von denen die Erscheinungen des Gefässkrampfes abhängig sind. Worin diese Veränderungen bestehen, ist nach dem heutigen Stande unserer Kenntnis nicht festzustellen, jedenfalls aber sind die Erscheinungen des Anfalles selbst am besten durch die Annahme flüchtiger Gefässveränderungen zu erklären.

II. Bibliographie.

CXLVI) **Anton** und **Zingerle:** Bau, Leistung und Erkrankung des menschlichen Stirnhirns. I. Teil. (Festschrift der Grazer Universität für 1901.) Graz. Leuschner und Lubensky. 1902. 191 Seiten. 28 Tafeln.

Die Verfasser „haben es unternommen, alle fremden und eigenen Erfahrungen über Stirnhirn-Erkrankungen beim Menschen möglichst voraussetzungslos zu schildern". Sie rechtfertigen ihr Unternehmen als Psychiater mit dem Satze: „Die psychischen Störungen durch Herderkrankungen des Gehirns liefern dem klinischen Psychiater exakte und reguläre Krankheitssymptome." Ueber die allgemeine Richtigkeit dieses Satzes wird sich zur Zeit noch streiten lassen; doch ändert das nichts an dem Werte des Buches an sich. Die Erkrankungen gerade des Stirnhirns sind gewählt, weil diese den Verff. in das Zentrum des psychologisch-ärztlichen Interesses zu fallen scheinen.

Der vorliegende erste Teil enthält fast ausschliesslich anatomisches. Die einleitenden Seiten über die „Funktionen" beschränken sich auf die Wiedergabe der Litteratur. Dann folgt eine Beschreibung der äusseren Gestalt und der Formenverhältnisse des Stirnhirns, darauf die Schilderung von normalen Frontal-, Horizontal- und Sagittalschnittserien, die zum grossen Teil recht gut ist. Wesentlich Neues wird nicht gebracht. Der Hauptnachdruck liegt auf der Beschreibung der Fasersysteme in der Umgebung der lateralen Ventrikelkante. Dazu werden dem Leser 15 Photographieen von Schnitten (Weigert'sche Färbung) an die Hand gegeben. Als Reproduktionsverfahren ist die übliche Zinkätzung gewählt. Durch die bei derselben notwendige Anwendung des Rasters gehen leider sehr viele Details verloren. Daher kommt es, dass manches, was in dem Text geschildert wird, auf den Tafeln nicht zu sehen ist. Unsere Technik besitzt bedauerlicherweise kein gutes Reproduktionsverfahren; selbst die teuren Stein- und Kupferätzungen leisten nicht viel besseres, reichen in Bezug auf Feinheit der Details bei weitem nicht an die photographische Kopie heran.

Das umfangreiche vierte Kapitel schildert sechs spezielle Fälle von organischen Erkrankungen (Tumoren, alte Herde, Atrophie durch Druck bei Pachymeningitis) des Stirnhirns. Angewendet ist ausschliesslich Markscheidenfärbung. Es werden die sekundären Degenerationen verfolgt. Dazu 35 Abbildungen. Die denselben zugrunde liegenden Präparate sind zum grössten Teil viel weniger gut, als die normalen.

Das fünfte Kapitel fasst die Ergebnisse der beiden vorhergehenden zusammen, es schildert die Markfasersysteme des Stirnhirns einzeln. Voraufgeschickt wird eine Frage allgemeinerer Art, die auf eine Bekämpfung der Flechsig'schen Ideen hinausläuft: Wenn das Stirnhin ausschliesslich ein Organ für sog. höhere psychische Leistungen wäre, so müsste man erwarten, dass es sich in seinem Bau von den sog. Sinneszentren unterscheidet; das ist aber nicht der Fall; der Aufbau aus einzelnen Fasersystemen ist vielmehr im Stirnhirn ganz der gleiche wie in den übrigen Lappen. Es wird ferner hervorgehoben, dass das Studium von Faserpräparaten Erwachsener lehrt, dass die gesamte Stirnhirnrinde mit Stabkranzfasern versorgt wird; Flechsig's berühmte spitzwinklige Abknickung im Stirnpol besteht nicht.

Die Verff. kennen jetzt auch Sachs' retikuliertes Stabkranzfeld, das

Zingerle in einer früheren Arbeit noch zu seinem Fronto-occipitalbündel gezogen hatte; es wird hier stratum sagittale internum genannt und gut und richtig als zum Stabkranz gehörig geschildert. — An der Existenz eines fronto-occipitalen Assoziationszuges im normalen Gehirn halten die Verff. fest; sie sehen dasselbe in den Fasern des „subependymären Graues“; diese Fasern sollen nicht nur Stellen derselben Hemisphäre untereinander verknüpfen, sondern auch den Schwanzkern mit der Hirnrinde; durch den Balken gehen Verbindungszüge zwischen den Bündeln beider Seiten. Gegen die Sachs'sche Erklärung der Befunde bei sog. Balkenmangel wird polemisiert.

Das Bogen- und das Hakenbündel haben Beziehungen zur Inselrinde, werden in derselben unterbrochen.

Den Schluss des Heftes bilden sechs Seiten: „zur Funktion des Stirnhirnes“. Die Schlüsse, zu denen die Verff. kommen, lauten: „Die anatomischen und physiologischen Thatsachen, sowie die zahlreichen Krankheitsexperimente beim Menschen nötigen uns also im Stirnhirn eine Zentralstelle des Grosshirns für das Kleinhirn anzunehmen.“ Das Sinnesorgan, für welches das Stirnhirn die Zentralstation darstellt, sind die Bogengänge. Durch die Bogengänge wird die Einwirkung der Schwerkraft zur Empfindung gebracht.

Die hauptsächlichste anatomische Stütze für diese Schlussfolgerungen ist der Befund, dass die Verbindungen des Stirnhirns mit den vorderen Sehhügelteilen besonders reichlich sind, und dass von dort die oberen Kleinhirnschenkel zum Kleinhirn führen. Schröder.

CXLVII) **Th. Ziehen**: Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. Jena, G. Fischer 1902.

Der V. Auflage des Leitfadens, die 1900 erschien, folgt nunmehr bereits nach zwei Jahren die VI., ein Beweis, wie populär Ziehen's Buch geworden. Wesentliche Aenderungen finden sich nicht. Die Grundanschauungen sind dieselben geblieben. Wundt's Lehren werden mit denselben Gründen bekämpft wie bisher. Gefühl, Wille, Apperzeption sind keine elementaren psychischen Kräfte, das geistige Leben besteht nur aus Empfindungen und Vorstellungen; alles andere ist überflüssig. Die Vorstellungen sind in den „Erinnerungszellen“ der Hirnrinde aufgespeichert. Der Psychiater Ziehen unterscheidet zwar affektive und intellektuelle Psychosen, dem Psychologen Ziehen sind aber die Gefühle nur Eigenschaften der Empfindungen und Vorstellungen; demgemäss sind auch die affektiven Psychosen Erkrankungen der „Empfindungen und Vorstellungen“. Die wenigen Ergänzungen, welche die neue Auflage aufweist, finden sich namentlich in den Vorlesungen über die Sinnesempfindungen. Einige Kapitel sind fast, Kapitel XI (Schnelligkeit der Ideenassoziation. Urteil und Schluss) ganz unverändert geblieben. Figur 5 (Schnitt durch ein kleines Stück der menschlichen Grosshirnrinde) ist neu eingefügt. Gaupp.

CXLVIII) **Bézy** und **Bibent**: Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Deutsch von H. Brodtmann. Berlin, Vogel u. Kreienbrink, 1902.

Verf. hat mit seiner gewandten Uebersetzung des vor zwei Jahren bei Vigot Frères, Paris, erschienenen französischen Buches den deutschen Aerzten und durch ein sehr reichhaltiges Litteraturverzeichnis auch den wissenschaftlichen Arbeitern auf diesem Gebiete einen Dienst erwiesen. Die Darstellung der französischen Autoren deckt sich im wesentlichen mit den Anschauungen

der deutschen Forscher; dass hinsichtlich der Hysterie der ersten zwei Lebensjahre die extremen, z. T. sicher unrichtigen Lehren von Chaumier u. a. acceptiert werden, wird vielleicht ein eifrigeres Studium der einschlägigen Fragen gerade in der deutschen Pädiatrie anregen. Die Abgrenzung der Hysterie sensu strictiore von der Neurasthenie und der neuropathischen Disposition wird erst imstande sein, hierin Klarheit zu schaffen. Das Kapitel über die Therapie ist knapp, wenn auch vollständig; für die Praxis ist die Kenntnis der ausführlicheren Angaben von Bruns (Hysterie im Kindesalter 1898) jedenfalls empfehlenswert. Thiemich (Breslau).

CXLIX) **Laquer**: Ueber schwachsinnige Schulkinder. 44 S. Halle 1902. 1,50 M.

L. fasst in der flott geschriebenen Abhandlung die Erfahrungen seiner ärztlichen Thätigkeit an den Frankfurter Hilfsschulen für schwachsinnige Kinder zusammen. Er betont, dass die Hauptaufgabe für die Feststellung des angeborenen Schwachsinns überhaupt den beiden ersten Schuljahren zufällt. Kinder, die nicht gerade auf der tiefen Stufe der Idioten stehen, werden in der Regel zunächst in die Normalschule aufgenommen, deren Beobachtung den methodisch besten Weg zur Erkennung der Imbezillität und Debilität darstellt. Besonders schwierig ist vielfach die Unterscheidung zwischen Schwachsinnigen und Sinnesschwachen, insbesondere schwerhörigen Kindern. Es empfiehlt sich, die Kinder zunächst ein Jahr, event. auch noch ein zweites in der untersten Klasse zu lassen. Unter allen Kautelen findet dann erst der Uebergang von der Normalschule in die Hilfsschule statt. Besonders ansprechend ist der ausführlich wiedergegebene Beobachtungsbogen und Gesundheitsschein, die — sehr detailliert und doch übersichtlich entworfen — in Frankfurt das Kind auf seinem Ausbildungsgang begleiten. Weiterhin giebt L. anziehende Nachrichten über die häuslichen Verhältnisse der Kinder, sowie über das Schicksal der aus der Schule entlassenen Schwachsinnigen. Der Aufsatz legt in erfreulicher Weise Zeugnis davon ab, dass die Einrichtung der Hilfsschulen sich bewährt und die Einsicht in die Zweckmässigkeit des Zusammenwirkens der Aerzte und Pädagogen bei der Entwicklung der schwachbegabten Kinder immer mehr an Boden gewinnt. Weygandt (Würzburg).

CL) **Rich. Landau**: Nervöse Schulkinder. Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1902.

Verf. giebt in seinem Vortrage, den er als städtischer Schularzt zu Nürnberg in der dortigen Kommission für Schulgesundheitspflege gehalten hat, einen sachlichen, naturgemäss nichts Neues enthaltenden Ueberblick über den derzeitigen Stand der Frage. Das 85 Nummern umfassende Litteraturverzeichnis verweist vielfach auf ähnliche halbpopuläre Darstellungen, während die grundlegenden Forschungen nicht genannt werden. Thiemich (Breslau).

CLI) **Roller**: Das Bedürfnis nach Schulärzten für höhere Lehranstalten. L. Voss, Hamburg und Leipzig 1902. 52 S.

Der Schularzt beginnt sich mehr und mehr einzubürgern, auch die Pädagogen befreunden sich mit ihm. Süddeutschland steht freilich noch etwas zurück. Mit der wachsenden Menge der Schulärzte hat auch das Fach selbst sich schon differenziert und es kommen detailliertere Fragen zur Behandlung. Die Schrift des Oberlehrers Roller wendet sich den Aufgaben des Schularztes

an höheren Lehranstalten zu. Amtsärzte, Bezirksärzte u. dergl. werden mit Recht als ungeeignet für den Schularztposten jener Anstalten erachtet. Berücksichtigung findet die Frage der hygienischen Vorbildung des Lehrers, ferner die nach dem Verhältnis des Schularztes zum Lehrkörper und Hausarzt, sowie die Hygiene des Schulhauses und der Einrichtungen. Mit Ruhe und Klarheit, unter Litteraturverwendung, werden die Probleme abgehandelt.

Weygandt (Würzburg).

CLII) **Schulthess**: Schule und Rückgratsverkrümmung. L. Voss, Hamburg und Leipzig 1902. 39 S.

Da unsere Spezialkollegen durch Hilfsschulen wie auch durch die Ueberbürdungsfrage in besonderem Verhältnis zur Schulhygiene stehen, können auch Aufsätze, wie der des Züricher Orthopäden hier Interesse finden. Die Schule verursacht und verschlimmert leichte Skoliosen, totale und lumbale. Dem ist entgegenzuarbeiten durch Abkürzung der Sitzzeit, stündliche Pausen, tägliche gymnastische Uebungen, ferner durch richtig beleuchtete Arbeitsplätze, gutes Schulmobiliar und Einführung der Steilschrift. Prophylaktisch empfehlen sich Schüleruntersuchungen. Stark Verkrümmte werden am rationellsten in Spezialklassen untergebracht.

Weygandt (Würzburg).

CLIII) **Georg Peritz**: Pseudobulbär- und Bulbärparalysen des Kindesalters. S. Karger. Berlin 1902.

Verfasser giebt in seiner mehr als 13 Druckbogen umfassenden Monographie eine ausführliche Schilderung der genannten Krankheitsbilder auf Grund des in der Litteratur niedergelegten und des in der Oppenheim'schen Poliklinik in Berlin beobachteten Materials. Ein reichhaltiges Litteraturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben; man merkt der Darstellung überall an, dass dasselbe nicht nur als Zierrat dient. Zuerst werden die pseudobulbären Erkrankungen besprochen, d. h. diejenigen, bei welchen Schluck-, Kau- und Sprachstörungen von bulbärem Typus (Artikulationsstörungen etc.) ohne Erkrankung des verlängerten Markes als Folge einer Läsion des Grosshirns zustande kommen. P. unterscheidet paralytische, spastische und gemischte Formen und zieht neben den ausgebildeten auch die rudimentären Fälle zur Betrachtung heran. Aetiologie, Symptomatologie und — soweit Sektionen vorliegen — pathologische Anatomie werden eingehend und kritisch besprochen. Hierbei ergiebt sich nun eine, gerade auf diesem Gebiet mehr wie auf manchem anderen der Gehirnpathologie auffallende Inkongruenz zwischen den funktionellen Störungen und den anatomischen Veränderungen, derartig selbst, dass bei anscheinend gleicher Läsion in einem Falle eine kaum merkliche, im andern eine bis zur Vernichtung fortgeschrittene Störung der bulbären Leistungen vorhanden ist. In einem umfangreichen und von grosser Litteraturkenntnis zeugenden Kapitel: Pathologische Physiologie, unternimmt Verf. den Versuch, diesen Widerspruch zu erklären. Ausgehend von der Ueberlegung, dass jede Bewegung von mehreren, einander übergeordneten Zentren abhängig ist, und dass diese Zentren unter veränderten Funktionsbedingungen sich gegenseitig vertreten, sich hinsichtlich ihrer Arbeitsleistung einander anpassen können, versucht der Verf. wahrscheinlich zu machen, dass je nach den Kraftmengen, welche die mehr oder minder intakt gebliebenen Zentren produzieren, bezw. auf gangbar erhaltenen Bahnen in Bewegung umsetzen können, die mannigfaltigsten Kombinationen der Funktionsstörungen

zustande kommen. „Ueber die Lokalisation", schreibt er S. 140, „stellen wir also die Kraft. Die Lokalisationslehre besteht zu Recht, aber die Kraft, welche in den festgelegten Zentren erzeugt wird, ist das Tonangebende und Bestimmende. Daher wird die Grösse des Ausfalles von dieser bestimmt und nicht von jener." Die Hypothese des Verfassers, dass das Zentralnervensystem ein Hemmungsorgan ist, welches auf die verschiedensten Reize abgestimmt ist, und viele andere Punkte an seinen Ausführungen schneiden eine solche Fülle von ungelösten Fragen der Nervenphysiologie und -Pathologie an, dass es nicht wunderbar ist, wenn sie viel Willkürliches und Unhaltbares neben besser Gesichertem enthalten. Ich verweise hier besonders auf die grob mechanische Auffassung der vom Neuron produzierten und in ihm aufgehäuften Kraftmengen, welche auf S. 123 in der Fussnote auseinander gesetzt wird. Ueberdies ist zu bedenken, dass das vorliegende Material anatomischer Befunde noch sehr klein und mangelhaft ist. Das tritt z. B. in Bezug auf die Läsionen des Thalamus opticus und die (sekundäre) Schädigung der inneren Kapsel so deutlich hervor, dass meines Erachtens neue sorgfältigste Beobachtungen abzuwarten bleiben, ehe weittragende Schlüsse und Hypothesen am Platze sind.

Der zweite, mehr deskriptive Teil des Buches beschäftigt sich mit der Bulbärparalyse der Kindheit, zu der auch die Fälle von angeborenem Kernmangel (Heubner) hinzugenommen werden.

Alles in allem ist die Monographie von Peritz ein originelles, an Thatsachen und Gedanken reiches Buch, dessen Lektüre jedem Interessierten Freude bereiten wird. Thiemich (Breslau).

CLIV) **Eugen Schlesinger:** Ueber die Beziehungen zwischen Schädelgrösse und Sprachentwickelung. Inaug. Dissert. Breslau 1902.

Bei vielen Kindern, besonders bei solchen, deren Skelett Zeichen mehr oder minder schwerer Rhachitis aufweist, tritt innerhalb der ersten zwei Lebensjahre ein die Norm überschreitendes Wachstum des Gehirns ein. Dies eigentümliche Verhalten (dessen extreme, unglücklich genug als Hypertrophia cerebri bezeichnete Grade sicher pathologisch sind), ist bisher weder anatomisch noch physiologisch einigermassen studiert. Im allgemeinen gelten die ungewöhnlich grossen Gehirne nicht als besonders leistungsfähig. Verf. hat für seine Untersuchungen, die naturgemäss nur eine kleine Teilfrage zu beantworten strebten, die Sprachentwickelung herausgegriffen und dieselbe vergleichsweise bei Kindern mit verschiedenem Schädelwachstum verfolgt. Mikrocephalieen, sowie alle Fälle, bei denen ein Hydrocephalus chronicus vermutet werden konnte, wurden ausgeschlossen. Nach den Angaben intelligenter Mütter, welche durch eigene Untersuchungen ständig kontroliert wurden, untersuchte Verf. das Sprachverständnis, wie die Sprachbildung, bei etwa 60 Kindern und fand, dass die Grösse des Schädels, bezw. Gehirns von keinem bestimmenden Einfluss auf diese Funktionen ist, dass sogar eher die übergrossen Gehirne weniger leisten, als die normalen. Thiemich (Breslau).

CLV) **Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen.** Bd. II.

Ueber Band I hat Gaupp bereits im Jahre 1900 berichtet. Band II bietet einen wesentlich erweiterten Inhalt.

Moll bespricht zunächst die Behandlung der Homosexualität. Bei der grossen Erfahrung und Gründlichkeit des Verfassers ist es nicht wunderbar,

dass diese Frage eine erschöpfende Betrachtung und Beantwortung findet. Es werden unter anderm auch die Gesichtspunkte erörtert, unter welchen Homosexuellen die Ehe zu gestatten ist. Ganz besonders beherzigenswert sind die Schlussworte Moll's, in welchen er den Homosexuellen empfiehlt, sich möglichst von Vorurteilen und exaltierten Lobeshymnen auf die Homosexualität freizuhalten.

Wir werden diesen Gesichtspunkt bei weiterer Besprechung des Jahrbuches noch häufig in den Vordergrund zu bringen haben; es will uns nämlich scheinen, als ob das sonst sehr verdienstliche Unternehmen mit etwas mehr Kritik verfahren und nicht alle Artikel aufnehmen sollte, in denen, wie Moll sehr richtig sagt, Homosexuelle ihre Anlage gewissermassen als das Vollkommene hinstellen, das weder den Arzt noch den Richter etwas angehe.

In einem Aufsatz „Schützt § 175 Rechtsgüter?“ kommt Richter Z. zu dem Schlusse, dass nach dem heutigen Stande der Kriminologie und Poenologie die Aufhebung des § 175 kategorisch gefordert werden müsse.

Uns scheint der § 175 jedenfalls reformbedürftig und wir glauben, dass er in der bisherigen Fassung nicht länger aufrecht zu erhalten ist; ernsthafte und vorurteilsfreie Forscher sind indessen der Ansicht, dass die strikte Aufhebung ohne Ersatz nicht angängig ist.

Folgt „ein bisher ungedrucktes Kapitel über Homosexualität“ aus der Entdeckung der Seele von Prof. Dr. med. Gustav Jäger in Stuttgart. Soweit es thatsächliche Verhältnisse der Homosexualität betrifft, ist wenig gegen die Ausführungen des bekannten Seelenriechers einzuwenden, sobald aber die Ausdünstungstheorie in die Erörterungen hineinspielt, ist es mit der Wissenschaftlichkeit vorbei.

Karsch (Päderastie und Tribadie bei den Tieren) weist aus der Litteratur nach, dass die genannten Akte auch in der Tierwelt Verbreitung haben.

Weiterhin enthält Band II das Resultat einer Enquête unter den römisch-katholischen Priestern, über ihre Stellung zur staatlichen Bestrafung der gleichgeschlechtlichen Liebe; es wurden drei Fragen gestellt: 1. ob das Vorhandensein gleichgeschlechtlicher Triebe zugegeben werde; 2. ob bestätigt werde, dass die homosexuelle Empfindung mit dem sittlichen Wert oder Unwert des Menschen in keinem Zusammenhange steht; 3. ob bestätigt werde, dass der homosexuelle Mensch mit seiner Natur einen oft noch härtern Kampf, jedenfalls aber keinen leichteren, zu bestehen habe, als der heterosexuelle.

Die Beantwortung dieser Fragen sollte Material für eine Petition an die gesetzgebenden Körperschaften um Aufhebung des § 175 liefern.

Berichtet wird nun eine Auswahl von Zuschriften, die im ganzen der Abschaffung des § 175 günstig sind.

Ein Anonymus lässt sich über die Frage aus, welche Stellung die christliche Kirche zu der gleichgeschlechtlichen Liebe und ihrer staatlichen Bestrafung einzunehmen habe. Der strenge Bibelstandpunkt, der eine Bestrafung und Ausrottung der sexuellen Verirrungen verlangt, wird als nicht mehr haltbar bezeichnet und einer mehr naturwissenschaftlichen Auffassung und deshalb milderen Beurteilung das Wort geredet. 17 Fälle von Koincidenz von Geistesanomalien mit Pseudohermaphroditismus hat der bekannte Forscher Franz Neugebauer aus seiner reichen eigenen Erfahrung und aus der Litteratur zusammengestellt.

Mehrere Aufsätze (Michel Angelo's Urningtum, David und der heilige

Augustin) beschäftigen sich damit, aus den betreffenden geschichtlichen Daten die Zugehörigkeit der Genannten zur Homosexualität nachzuweisen.

Ich halte hier und bei einigen noch zu besprechenden Artikeln den Nachweis nicht für vollkommen erbracht und hier ist es gerade, wo die notwendige Kritik am meisten vermisst wird. Zu sehr wird alles auf den einen einzigen Punkt bezogen und auch harmlose Dinge werden als Aeusserungen der Homosexualität gedeutet.

Sehr ausführlich und vollständig ist das bibliographische Register für 1899 von Dr. jur. N. Prätorius.

Zum Schluss folgt dann der bereits von anderer Stelle her bekannte Aufruf des Wissenschaftlich-humanitären Komitees um Unterstützung im Kampfe gegen § 175. Georg Flatau (Berlin).

CLVI) **Franz Kramer**: Rückenmarksveränderungen bei Polyneuritis. Inaug.-Dissertation, Breslau 1902.

Eine 37jährige Trinkerin erkrankte an einem der Tabes ähnlichen Krankheitsbild, bei dem deutliche Ataxie hervortrat, das sich aber von echter Tabes durch starke Druckempfindlichkeit der Muskulatur unterschied. Die Diagnose Polyneuritis bestätigt sich im weiteren Verlauf; eine akute Verschlimmerung der Krankheit führte vorübergehend zu einer Paraplegie der Beine, die sich unter geeigneter Behandlung wesentlich besserte. Tod an Lungentuberkulose. Die Differentialdiagnose gegenüber der Tabes war nicht leicht, weil reflektorische Pupillenstarre, Blasenstörungen und Gürtelgefühl vorhanden waren. Die anatomische Untersuchung ergab: starke Degeneration der peripheren Nerven, Erkrankung der hinteren und vorderen spinalen Wurzeln namentlich im Lenden- und Halsmark, weniger im Brustmark. Im Rückenmark selbst, das genau untersucht wurde, zeigten diejenigen Teile der Hinterstränge, die dem intramedullären Verlauf der erkrankten hintern Wurzeln entsprachen, ein siebartig durchlöchertes Aussehen.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die tabischen Symptome sämtlich auch bei Polyneuritis vorkommen können, dass aber die zeitliche Gruppierung der Symptome und der Krankheitsverlauf fast immer die richtige Diagnose ermöglichen. Spinale Veränderungen seien bei Polyneuritis häufig und zwar meist in der Form, dass die spinalen Teile der peripheren sensiblen und motorischen Neurone betroffen seien. Aehnliches komme auch bei der Tabes vor, nur dass bei dieser der Krankheitsprozess meist vorwiegend die sensiblen Neurone befalle. Daraus ergebe sich die Verschiedenheit der klinischen Krankheitsbilder in symptomatologischer Beziehung. Ausserdem entspreche der verschiedenen Aetiologie ein verschiedener Verlauf. Gaupp.

CLVII) **Fock**: Alkohol und Rassenhygiene. Basel, Verlag der Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes.

Populäre Darstellung der schädlichen Wirkung des Alkohols für die Entwicklung der Rasse. Verf. vertritt den Standpunkt, dass der Alkoholismus wie kein anderer Faktor zur Degeneration eines Volkes führe. Die Trunksucht gilt ihm als die wichtigste neuerzeugende Ursache geistiger Störungen. Den Begriff „Alkoholintoleranz" definiert Fock im Unterschiede von anderen als „eine gewisse Disposition des Nervensystems, im Genuss berauschender Getränke nicht Mass halten zu können." In der Regel versteht man sonst darunter die

Eigenschaft, schon durch geringe Alkoholmengen stark berauscht zu werden, den Alkohol schlecht zu vertragen. Häufig kommt freilich Beides zusammen.

Gaupp.

CLVIII) **Karl Bonhöffer**: Ein Beitrag zur Kenntnis des grossstädtischen Bettel- und Vagabondentums. Berlin 1900. J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung.

Bonhöffer hat in einer Arbeit, die im XXI. Bande der Zeitschrift für die gesamte Strafwissenschaft erschienen ist, 404 mehr als fünfmal vorbestrafte Bettler und Obdachlose während ihrer Strafverbüssung im Breslauer Zentralgefängnis zum Gegenstand einer psychiatrischen Untersuchung gemacht. Die kleine, 65 Seiten starke Schrift enthält in gedrängter Kürze eine Fülle von wichtigen Thatsachen und kann dem Psychiater wie dem Kriminalisten aufs wärmste empfohlen werden.

Das Material von 404 Gefangenen teilt Bonhöffer in zwei Gruppen, je nachdem der Beginn der Kriminalität vor oder nach dem 25. Lebensjahre liegt. Die erste Gruppe zerfällt wiederum in zwei Unterabteilungen; die erste wird von Personen unter 25, die zweite von solchen über 25 Jahre gebildet. Jede Gruppe wird zunächst für sich besprochen und sodann mit den anderen verglichen. Der Gruppe Ia gehören 69, Ib 112, II 222 Fälle an. Der Altersaufbau der Arbeitsscheuen, mit denen wir es hier zu thun haben, ist, wie zu erwarten, ein anderer, wie derjenige der Arbeitslosen. Stellt man sich den Altersaufbau der Arbeitslosen graphisch dar, so liegt der Gipfel der Kurve zwischen dem 20. und 30. Jahre. Die Kurve der Arbeitsscheuen hingegen wächst vom 15. Jahre etwa, anfangs langsam, später schneller bis zum 45., um dann nach dem 50. Jahre schnell abzufallen. Die Häufung der Bettler und Obdachlosen zwischen dem 40. und 50. Jahre erklärt sich aus dem Zusammenfluss der von Jugend auf minderwertigen und der durch frühzeitiges Altern, Krankheit, vor allem aber durch den chronischen Alkoholismus Erwerbsunfähigen.

Als Beginn der Kriminalität ergiebt sich bei der Gruppe I meist das Alter des Eintritts ins Erwerbsleben, bei den Gelernten das Alter von 20, bei den Ungelernten das Alter von etwa $18^1/_2$ Jahren. Bei der Gruppe II fällt hingegen die erste Bestrafung bei 71 von 188 Individuen zwischen 25 und 30 Jahren, bei 75 hinter das 35. Jahr. Die Kurve, welche den Beginn der Kriminalität darstellt, zeigt demnach drei Gipfel. Der erste und höchste liegt zwischen dem 16. und 20. Jahre, dem Alter der sozialen Selbständigkeit, der zweite, weniger hohe, fällt zwischen das 25. und 30. Jahr, in das Alter der grössten Konkurrenz, der niedrigste endlich zwischen dem 35. und 40. Lebensjahre wird wahrscheinlich bedingt durch die Wirkung des chronischen Alkoholismus; es ist das Alter des sozialen Verfalls der Trinker.

Die Art der Vergehen zeigt in den einzelnen Gruppen grosse Verschiedenheiten:

	Gruppe Ia	Gruppe Ib	Gruppe Ia u. Ib	Gruppe II
Nur nach § 361	38%	18%	26%	42%
Eigentumsdelikte	55%	61,5%	58%	34%
Persondelikte	17%	60%	44% (nicht 25%!)	37%

Vergleichen wir zunächst die gesamte Gruppe I mit Gruppe II, so sehen wir, dass die Vergehen gegen § 361 in der zweiten Gruppe zahlreicher sind, dass aber die Vergehen gegen das Eigentum, weniger die gegen die Person zurücktreten. (Letztere nehmen nicht zu, wie B. irrtümlich berechnete.) Interessanter wird der Vergleich, wenn wir die beiden Untergruppen Ia und Ib gesondert betrachten und mit II vergleichen. Wir sehen zunächst, dass in der Gruppe Ib die Eigentumsdelikte etwas, die Persondelikte sehr überwiegen, die Strafen wegen Bettelns und Obdachlosigkeit hingegen im Vergleich zur ersten Untergruppe stark zurücktreten. Bonhöffer zieht hieraus den Schluss, dass die Zeit aus passiven Parasiten aktive Verbrecher macht. Das Ueberwiegen der Vergehen gegen die Person in Ib erklärt Verfasser aus der Wirkung des chronischen Alkoholismus. Allein, wenn man auch zugeben muss, dass diesem gewiss eine grosse Rolle zukommt, so ist doch noch die mangelnde körperliche Reife der Gruppe Ia ein wesentlicher Grund für die geringe Zahl von Personvergehen; in Ia betragen die Individuen bis zu 16 Jahren 36 %, in Ib nur 7 %. Vergleichen wir endlich die drei Gruppen untereinander, so sehen wir die meisten Strafen auf Grund des § 361 in Gruppe II, wegen Person- und Eigentumsdelikte in Ib; die letzteren treten am meisten zurück in II, die Persondelikte in Ia, Betteln und Obdachlosigkeit in Ib. Die geringe Menge Eigentumsdelikte im Vergleich zu den zahlreichen Bettelstrafen in Gruppe II erklärt sich wohl daraus, dass es sich hier vielfach um anfänglich soziale Elemente handelt, bei denen weniger individuelle Veranlagung als ungünstige Erwerbsverhältnisse zum Verfall führten.

Ein grosser Teil, besonders der älteren Individuen, sind vom platten Lande Zugewanderte. Die Zahl ist klein in der ersten Gruppe, steigt bei denen, welche die erste Bestrafung nach dem 25. Jahre erlitten und beträgt bei denen, welche erst hinter dem 35. Jahre verurteilt wurden, 85 %. Als Grund für diesen starken Prozentsatz muss die geringe Anpassungsfähigkeit der Zugewanderten an grossstädtische Verhältnisse, besonders aber ihre geistige und körperliche Minderwertigkeit angesehen werden. Unter 100 Zugewanderten zählte B. 65 nicht gediente, 16 Schwachsinnige und acht Epileptiker. Sie vermochten den Kampf ums Dasein auf dem Lande nicht zu bestehen und kamen in die Stadt, in der eitlen Hoffnung, hier der Konkurrenz stand bieten zu können.

Der Beruf hat bei den frühzeitig Kriminellen, bei denen Beginn der Kriminalität und Eintritt ins Erwerbsleben zusammenfällt, keinen nennenswerten Einfluss auf die Entwickelung der antisozialen Lebensführung. Im grossen und ganzen ist die Zahl der wechselnden Lohnarbeiter sehr gross. Bei der zweiten Gruppe, in der individuelle Verhältnisse weniger Einfluss auf den sozialen Verfall hatten als in der ersten Gruppe, und Alkoholisten und psychisch Normale überwiegen, finden wir relativ viel gelernte Handwerker.

Sehr wichtig sind die Angaben über die sozialen Verhältnisse der Eltern. In beiden Gruppen sind entsprechend der Zusammensetzung der grossstädtischen Bevölkerung die industriellen Berufe besonders häufig. Auffallend gross ist die Zahl der aus Kutscherfamilien stammenden im Vergleich zur Bethätigung dieses Erwerbszweiges in der Gesamtbevölkerung. Ebenso überrascht die hohe Zahl der wirtschaftlich Selbständigen unter den Eltern, 40 % im Gegensatz zu 28 % der Gesamtbevölkerung. Dieses Ergebnis ist durch den Alkoholismus der Väter geklärt, der in 35 % nachweisbar war und an dem gerade die wirtschaftlich

Selbständigen und die Kutscher einen grossen Anteil nehmen. In sehr vielen Fällen war jedoch die Sicherheit der sozialen Stellung schon bei der Ascendenz gefährdet. Es geht dies aus der relativ grossen Zahl von Gelegenheitsarbeitern unter den Vätern hervor. Besonders zeigt sich das in der Gruppe Ia, wo unter 69 nur in 15 Fällen geordnete, wenn auch dürftige häusliche Verhältnisse bestanden. Die Anschauungen von Mönkemüller und $\Omega\Sigma$, dass es ein nach Generationen sich forterbendes Verbrechertum nicht giebt, wird vom Verfasser bestätigt, Kriminalität spielt unter den Eltern eine geringe Rolle.

Erbliche Belastung bestand in allen Gruppen in ziemlich gleichem Grade, in der Gruppe Ia 55 %, in Ib 55 %, in II 50 %; die bei weitem grösste Rolle spielte dabei Alkoholismus des Vaters. (9 % Psychose, 12 % Epilepsie, 79 % Alkoholismus.)

Die körperliche Beschaffenheit der Individuen ist in allen Gruppen höchst minderwertig. Körperlich ganz gesunde, kräftige, wohl proportionierte Gestalten mit regelmässiger Gesichtsbildung sind seltene Ausnahmen. Während von der schlesischen Bevölkerung nur 8—10 % als untauglich vom Militärdienst ausgeschlossen werden, zählen wir unter diesen Individuen durchschnittlich 70 % dienstunbrauchbare. In der Gruppe Ia hatten von 69 Individuen 45 nicht gedient, nur 9 waren als körperlich gesund und kräftig zu bezeichnen; unter 112 der Gruppe Ib war der Kräftezustand bei 33 schlecht, bei 67 mittel und nur bei 12 gut; von 188 der Gruppe II waren 120 nicht Soldaten gewesen, 67 zeigten einen schlechten, nur 11 einen guten Kräftezustand.

Die Morbidität ist gross; das 60. Lebenjahr erreichte keiner von der ersten Gruppe. Es besteht eine energische Aussterbetendenz. Es sind auffällig wenig Individuen verheiratet, in Ia von 69 eines, in Ib von 112 31, in II von 188 97, und unter diesen befinden sich 62 getrennte oder geschiedene Ehen. Die Hälfte der Ehen sind kinderlos, auf 10 Familien kommen 12 lebend geborene Kinder, in der ersten Gruppe sogar nur 8.

Einen grossen Anteil an der Morbidität und den körperlichen und geistigen Schwächezuständen hat der chronische Alkoholismus. In der ersten Untergruppe spielt er naturgemäss eine geringe Rolle, nur 29 von 69 tranken regelmässig Schnaps und nur bei 15 von diesen waren nachweisbare Zeichen chronischer Alkoholintoxikation vorhanden; bei ihnen war der Alkoholismus meist Begleiterscheinung der Epilepsie und des angeborenen Schwachsinns. Verbreiteter war die Trunksucht in der Gruppe Ib, körperlich oder psychisch nachzuweisen war sie in 66 von 112 Fällen. In der Gruppe II erreicht der chronische Alkoholismus eine erschreckende Höhe, unter 188 Individuen waren 151 Trinker! Durchschnittlich waren in 63 % somatische oder psychische Symptome der chronischen Alkoholintoxikation vorhanden. Selbstverständlich war der Alkoholismus nicht in allen 63 % die Ursache für den sozialen Ruin, sondern in vielen Fällen nur eine Komplikation anderer psychischer oder somatischer Defekte. Bei mehr als 70 % der chronischen Trinker war der Alkoholismus auf dem Boden der hereditären Belastung erwachsen, woraus aber nicht ohne weiteres geschlossen werden darf, dass in den übrigen 30 % der Alkoholismus stets sozial bedingt war, da sich unter diesen uneheliche und andere fanden, bei denen hereditäre Belastung nicht auszuschliessen war. Gewiss lässt sich die Bedeutung des Milieu nicht leugnen; im grossen und ganzen entstehen jedoch die kriminell und sozial gefährlichen Formen des Alkoholismus

auf psychopathischer Grundlage. — Was die Summen anlangt, die für geistige Getränke verausgabt wurden, so erreichen sie durchschnittlich $^1/_5$ des Gesamtverdienstes. Bei der Gruppe IIb zählte Bonhöffer unter 112 Individuen nur 12, die nicht täglich Schnaps tranken; die Tagesausgabe schwankte bei den übrigen zwischen 10 Pfg. und M. 1,20 und betrug im Durchschnitt 35—40 Pfg. = 33 % des Gesamtverdienstes = $^3/_4$ l Schnaps. 35 tranken mehr als 1 Liter.

Nächst den psychischen Schwächezuständen infolge von chronischem Alkoholismus spielen die angeborenen die Hauptrolle. Ihre Zahl ist bedeutend grösser als sie sonst unter den Insassen der Gefängnisse zu sein pflegt. Ueber die Hälfte der Untersuchten hatte die Volksschule nicht erledigt, bei 22 % war ausgesprochene Imbezillität vorhanden. Von den Formen der Imbezillität überwog die torpide, die erethische war seltener. Dieses Ergebnis widerspricht im allgemeinen unseren Erfahrungen, es scheint demnach, als ob der torpide Imbezille im grossstädtischen Vagabundentum eine grössere Rolle spielt als im eigentlichen Landstreichertum. In vielen Fällen war die Entscheidung schwer, ob die erstaunlich geringen Kenntnisse der Gefangenen die Folge einer angeborenen Geistesschwäche waren, oder ob es sich um einen „sozialen" Schwachsinn handelte, d. h. um das Ergebnis der sozialen Momente, der Entbehrung geistiger Anregung, der Einengung des Interesses auf Broterwerb und des unregelmässigen Lebens.

Relativ stark war auch die Epilepsie mit 12 % vertreten, von denen 7 % klassische genuine Epileptiker waren. Von erworbenen Geisteskrankheiten jedoch spielte lediglich die Paralyse mit 3,6 % der Gesamtheit und 5 % der II. Gruppe eine Rolle. In sämtlichen Fällen handelte es sich um die demente Form der Dementia paralytica.

Nur in einigen Fällen hatte Bonhöffer Verdacht auf Hebephrenie. Ich bin jedoch überzeugt, dass unter seinem Material die erworbenen Verblödungen eine viel grössere Rolle spielen, als es hiernach den Anschein hat. Bonhöffer war durch die Umstände verhindert, seine Gefangenen eingehend und längere Zeit zu beobachten. Die Differentialdiagnose zwischen angeborenen und erworbenen Defekten bei Hebephrenie oder nach katatonischen Erregungen kann jedoch häufig äusserst schwierig sein und ist in einzelnen Fällen nur durch eingehende Beobachtung zu stellen. Sind anamnestische Daten vorhanden, so fallen diese Schwierigkeiten natürlich fort. Diese sind aber bei derartigen Persönlichkeiten meist erst durch genaues Aktenstudium erhältlich. Ihre eigenen Angaben über frühere geistige Erkrankungen können nur, wenn sie positiv sind, verwertet werden; denn die Kranken bestreiten sehr häufig jedes Symptom geistiger Störung, selbst wenn sie nachgewiesenermassen schwere halluzinatorische Erregungen durchgemacht haben. Während eine längere Beobachtung uns durch den Nachweis von zusammenhangslosen Wahnideen, Halluzinationen, Manieren u. dergl. Klarheit verschafft, geben uns bei einer flüchtigen Untersuchung häufig nur die Disharmonie zwischen den in früher Jugend und im späteren Leben erworbenen Kenntnissen, sowie zwischen dem relativ geringen Intelligenzdefekt und der auffallenden geistigen Oede und Apathie einige unsichere Anhaltspunkte für die Diagnose der Hebephrenie.

Bonhöffer bezeichnet endlich unter den 404 Fällen 15 % als psychisch normal. Bei diesen waren körperliche Erkrankungen oder soziale Momente für den Verfall verantwortlich zu machen. In der Gruppe Ia zählte der Verfasser

unter 69 18 geistig gesunde Individuen. Hierher gehörten zwei Invaliden mit amputiertem Bein, zwei Tuberkulöse, eine chronische Chorea, eine Bulbärparalyse und ein Kyphotischer. Drei von ihnen waren unehelich geboren, zwei als Pflegekinder erzogen, neun waren belastet, fünf durch Alkoholismus des Vaters, drei durch Epilepsie, einer durch Geisteskrankheit beider Eltern. — In der Gruppe Ib mussten von 122 Individuen 19 als geistig gesund bezeichnet werden; sieben von diesen waren durch körperliche Defekte erwerbsunfähig, unter den 12 übrigen waren fünf unehelich geboren und sechs erblich belastet. In der dritten Gruppe endlich waren unter 188 Individuen 20 ohne nachweisbare psychische Anomalien; bei zehn von ihnen lag ein körperliches Erwerbshindernis vor, fünf waren hereditär belastet.

In dem dritten Teile der Arbeit bespricht Bonhöffer die Prinzipien, die bei der Bestrafung und Internierung dieser Individuen in Anwendung kommen sollten.

Zur Zeit der Beobachtung waren 12 % als geisteskrank im Sinne des Gesetzes zu betrachten, vermindert zurechnungsfähig 75 %. Bedenkt man, dass ein grosser Teil von diesen zur Zeit der Begehung der That unter Alkoholwirkung stand, so würde die Zahl derjenigen, auf die der § 51 Anwendung finden müsste, noch erheblich grösser sein. In keinem der Fälle war jedoch richterlicherseits die Frage nach der freien Willensbestimmung aufgeworfen worden.

Bonhöffer erwartet mit Recht von der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit keine Aenderung der Missstände, da die Auslese der Fälle nur durch psychiatrisch geschulte Aerzte stattfinden kann. Eine Hinzuziehung von Sachverständigen zu allen Strafverhandlungen ist jedoch ein Ding der Unmöglichkeit. Die Reformen haben vielmehr im Strafvollzug einzusetzen. Die jetzige Art des Strafvollzugs ist sicher durchaus wertlos. Von Seiten der Irrenärzte sollte darauf gedrungen werden, dass die Ueberführung derartiger vermindert Zurechnungsfähiger in eine für ihre psychopathische Veranlagung geeignetere Umgebung erleichtert würde. Ferner sollte in ähnlicher Weise wie bei Geisteskranken die Möglichkeit bestehen, vermindert Zurechnungsfähige an die Gemeinden, resp. den Armenverband zu überweisen, die sie dann je nach ihrem Defekt in Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige, Alkoholiker, in Siechen- und Armenhäuser zu überführen hätten; in selteneren Fällen würde auch Familienpflege, besonders auch ländliche Arbeiterkolonien in Frage kommen. Die Detentionsdauer müsste von dem psychischen Zustand der Kranken abhängig sein. Dieses Verfahren würde Fehlgriffe seltener machen, widerspricht am wenigsten dem derzeitigen Stande des Rechtsbewusstseins, stellt aber hohe Anforderungen an die Aktivität und die Fähigkeiten der Strafanstaltsbeamten und vor allem des Strafanstaltsarztes, Anforderungen, denen besonders der letztere nicht gewachsen ist. Bonhöffer fordert ferner von den Arbeitshäusern Abstinenz von alkoholischen Getränken. Bei der ungeheuren Bedeutung, die dem Alkohol bei dem sozialen Verfall dieser Individuen zukommt, sollte man es kaum für möglich halten, dass in vielen Arbeitshäusern an die Gefangenen noch Bier, ja Schnaps verteilt wird. Gross werden die Erfolge bei diesen entarteten Säufern natürlich auch in Abstinenzanstalten nicht sein; selbst in den Ausnahmefällen, wo Besserung eingetreten sein würde, wird sich ein Rückfall einstellen, sobald der Sträfling ins frühere Milieu zurückkehrt. Günstiger werden die Erfolge pädagogischer Einflüsse bei angeborenen Defekt-

zuständen sein, nur müssen sie zeitig, intensiv und lange wirken. Da angeborene Defekte unter den Insassen der Zwangserziehungsanstalten eine grosse Rolle spielen, so müssen sie hier genügende Berücksichtigung finden. Ein erfolgreiches Wirken wird auch von Seiten der Pädagogen möglich sein; der psychiatrische Beirat wird jedoch ohne Schaden nicht zu entbehren sein.

K. Wilmanns (Heidelberg).

CLIX) **Fr. Friedmann**: Die Altersveränderungen und ihre Behandlung. Urban und Schwarzenberg, 1902. 247 S.

Das vorliegende Buch ist eine eigenartige Erscheinung. Friedmann stellt fest, wie sich das Altern des menschlichen Körpers objektiv bemerkbar macht, woher es kommt, wie man es hinausschieben und bekämpfen kann. Die erste Abteilung schildert die Altersinvolution des Gesamtorganismus in ihrer physiologischen und pathologischen Form, ferner die Ursachen und den Verlauf dieser Lebensvorgänge. Die zweite Abteilung beschreibt die normalen und krankhaften Rückbildungsprozesse der einzelnen Organe (Zirkulations- und Respirationsapparat, Nervensystem und Sinnesorgane, Verdauungsapparat, Harn- und Geschlechtsapparat). In der dritten Abteilung befasst sich der Verf. alsdann mit der Behandlung der Altersinvolution des Organismus und seiner einzelnen Teile. Dies ist die äusserliche Gliederung des Inhaltes. Den Neurologen und Psychiater interessiert das Buch weniger wegen seiner Ausführungen über die Rückbildung des Nervensystems; man findet in den betreffenden Kapiteln im wesentlichen nur allgemein bekannte Dinge. Wichtiger sind vielmehr die Kapitel, in denen die allgemeinen Veränderungen des Körpers und die Rückbildungen am Gefässsystem geschildert werden. Vor allem aber ist der ganze Gesichtspunkt recht lehrreich, unter dem — rein nach dem ätiologischen Prinzip des Alterns — alle Organe des Körpers gleichmässig vorgenommen werden. Der Leser kann dann durch Vergleichen und Verknüpfen der einzelnen pathologischen Phänomene versuchen, in das Wesen der Rückbildungsvorgänge tiefer einzudringen.

Die Regeln der Vorbeugung und Behandlung der Involution sind die Ergebnisse der klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Das Buch enthält im therapeutischen Teil natürlich nichts völlig Neues, aber es stellt praktische Erfahrungen und theoretisch gewonnene therapeutische Anschauungen zu einem Ganzen zusammen. Es ist in erster Linie ein Nachschlagebuch, das durch Zusammentragung vieler zerstreuter Einzelheiten eine rasche Orientierung ermöglicht; aber es ist doch auch ein einheitliches Werk, das neben dem Bestreben, die einzelnen Thatsachen genau wiederzugeben, auch die Tendenz hat, den Zusammenhang aller Einzelerscheinungen dem Verständnis näher zu bringen. Gaupp.

CLX) **Storch**: Muskelfunktion und Bewusstsein. Eine Studie zum Mechanismus der Wahrnehmungen. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. X, Bergmann 1901.

Storch ist in mehreren Untersuchungen erfolgreich der Rolle nachgegangen, welche die Muskelfunktion, d. h. ihre psychische Vertretung in dem Gesamtbewusstsein spielt. Er bietet in der vorliegenden Studie seine Lehre in vorzüglicher Gedrängtheit und Gedankenpräzision. Leicht ist die

Lektüre nicht, aber man bedenke, dass es sich um eine der schwierigsten Aufgaben der Erkenntnis überhaupt handelt: einen Mechanismus auszudenken, geeignet, für die schwindelerregende Fülle und Versponnenheit des Psychischen den materiellen Parallelprozess abzugeben. Die erforderliche Abstraktion vom Sinnlich-Einzelnen führt zu Begriffen, die durch keine Anschauung mehr gestützt sind und daher unserem Denken in Nebel zu zerfliessen drohen. Für diese Begriffe gelingt es Storch, unter Herbeiziehung von Analogien aus der theoretischen Mechanik Gestalt und Ausdruck zu gewinnen, mit Hilfe dessen sie in seine Denkrechnungen eingehen können.

Auf diesem Wege gelangt er zu einer Theorie von dem Mechanismus der Bewusstseinsvorgänge und ihres cerebralen Abbildes, welche zwar in bestehenden Lehren wurzelt — Schopenhauer einerseits, andererseits Mill, Lotze, Wundt, Meynert, Wernicke, Sachs, besonders der letztere, sind von unverkennbarem Einfluss auf Storch's Denken gewesen — aber es handelt sich um nichts weniger, als um eine äusserliche Zusammenraffung fremder Aufstellungen. Diese Elemente sind mit eigenen Gedanken in durchaus eigenartiger Denk- und Darstellungsweise zu einem einheitlichen, organischen Ganzen verschmolzen. Ich glaube, dass das, was ich für den Kern der Storch'schen Ausführungen halte, nirgends so konsequent durchgeführt, nirgends so in allen Richtungen der Erkenntnis verfolgt worden ist. Ich glaube, diesen Kern in folgendem Gedanken wiedergeben zu dürfen: die Identität des Räumlichen in allen seinen Ausprägungen, sei es gesehen oder getastet, oder in unseren Bewegungen realisiert, oder gehe es dem Willen zur Bewegung voraus, fordert eine einheitliche physiologische Wurzel; es giebt also nicht gesondert taktil, optisch, kinästhetisch Räumliches, das erst assoziativ verbunden und identifiziert würde, sondern das überall identische, in noch so verschiedener sinnlicher Umkleidung auftretende Räumliche ist die psychische Repräsentation eines und desselben cerebralen Prozesses, der bei jeder räumlichen Wahrnehmung und Vorstellung statt hat.

Diesen Gedanken führt Storch in folgender Weise durch: Die reflektorische Muskelthätigkeit (wahrscheinlich die spinale Innervation — Storch knüpft hier im einzelnen an Meynert und Sachs an —) weckt ein cerebrales Abbild, die psychische Repräsentation dieses zwar gliedweise lokalisierten, aber doch immer das Ganze in Schwingung versetzenden Prozesses nennt er die „Myopsyche". Die Vorstellungen von Raum, Masse, Objektivität und Wirklichkeit sind durchweg von der „Myopsyche" abhängig, also den durch Muskelfunktion ausgelösten Bewusstseinsvorgängen. Der Raum ist dem Verf. mit Sachs die Summe aller Richtungsvorstellungen. Verbindet sich die Richtungsvorstellung mit der Vorstellung des Widerstandes, so haben wir die Massenvorstellnng. Der Myopsyche steht gegenüber die Pathopsyche, d. i. die Gesamtheit der nicht durch Muskelfunktionen bedingten Bewusstseinsvorgänge, d. i. der sinnlichen Qualitäten. Kommt zu der Richtungsvorstellung der Wille hinzu, so entsteht eine willkürliche Bewegung, dem entspricht der Abfluss einer Nervenwelle aus den myopsychischen Elementen, die Storch vermutungsweise in den kleinen Pyramiden lokalisiert, zu den grossen Pyramiden.

Die Auffassung der Myopsyche als einer Einheit in psychischer und materieller Beziehung verhilft St. dazu, in eine Reihe dunkler Probleme hineinzuleuchten, z. B. warum wir eine mit einem Gliede erlernte Bewegung ohne

weiteres mit jedem anderen Muskelapparat wiederholen können, ferner wie die rätselhafte Fähigkeit des Menschen zu begreifen ist, Gesehenes durch Bewegung nachzumachen, ohne dass er doch eine Ahnung hat, wie es die einzelnen Muskeln anfangen sollen, etwas optisch noch so gut Erfasstes zu reproduzieren. (Nur einer oberflächlichen Betrachtung erscheint es selbstverständlich, dass die Leitung des Auges der Bewegung etwas nützen kann.)

Ist so die Myopsyche auch eine Einheit, schwingt sie stets als Ganzes, so spielen doch in ihr die Repräsentationen gewisser Muskelgebiete eine besondere Rolle. Die Augenbewegungen, deren Spezialrepräsentation Storch „Eidopsyche" nennt, geben nur den Begriff der Richtung, aber nicht den des Widerstandes, also auch nicht den der Masse. Ihr steht die Körpermuskulatur-Repräsentation, die eigentliche Quelle der Massenvorstellung, als Ergopsyche gegenüber. Eine ganz eigene Stellung nimmt die Kehlkopfmuskulatur ein. Von Sachs angesponnene Fäden weiterspinnend, kommt hier Storch zu einer sehr interessanten Theorie, welche von verwandten Aufstellungen früherer Forscher sich unterscheidet. Vorausgesetzt ist die geistvolle Lehre von Sachs, dass die Intervallempfindungen nicht den Farben, sondern dem Räumlichen auf optischem Gebiete entsprechen, dass sie auf einer aktiven Reaktion auf Gehörseindrücke beruhen. Storch verficht den Sachs aufgestossenen, aber von ihm abgelehnten Gedanken, dass das Organ, dessen einstellende Thätigkeit uns die Intervallempfindung giebt, das Muskelgebiet des Kehlkopfes sei. Er vertritt die These, dass die Höhen- und Intervallvorstellungen Funktion der phonetischen Muskelaktion seien. Myopsychisch ist die Sprachmuskulatur nur rudimentär vertreten: die Kehlkopfmuskulatur giebt keine Richtungsvorstellungen. Während die psychische Repräsentation der Körpermuskelthätigkeit Richtungs-, also räumliche Vorstellungen giebt, liefert die phonetische Muskulatur Intervall- und Höhenvorstellungen, und speziell auch für die Sprache das schwer Fassbare, das man bisher „Sprachvorstellungen" genannt hat, die „glosso-psychische" Komponente des Wortes.

Die Glosso-Psyche nimmt, erstens weil sie untrennbar mit dem Pathopsychisch-akustischen verschmolzen ist, zweitens weil in ihr die Assoziationsrichtung umgekehrt wie in der übrigen Myopsyche, nämlich vom myopsychischen zum pathopsychischen geht, eine relativ selbständige Stellung ein.

Eine nähere Ausführung dieser an anderer Stelle weiter ausgearbeiteten Lehre von den Intervallempfindungen giebt Storch in der vorliegenden Schrift nicht. Mag diese, jedenfalls sehr kühne und scharfsinnige Theorie einer Prüfung seitens der Ton-Psychologen und Physiologen überlassen bleiben.

Wie Storch teils deduktiv aus der Natur der Raum- und Massenvorstellung u. s. w., teils aus physiologischen und pathologischen Thatsachen seine Theorie begründet, lässt sich in der Kürze nicht wiedergeben. Dass eine Lehre, die fast alle Fundamental-Probleme des Physischen und Psychischen aufrührt, die mit einem Streich Einheit in das Chaos der Thatsachen bringen will, auf allen Thatsachen-Gebieten Widerstände finden muss, ist evident. Es wäre aber ebenso verfehlt, wegen jeden Anpralls der Theorie an dem, was uns bisher die Thatsachen zu sagen schienen, die Theorie zu verwerfen, wie sie en bloc begeistert anzunehmen. Diese Lehre eines starken Denkers verdient und erfordert vielmehr eine nicht im Handumdrehen vorzunehmende eingehende Prüfung im lebendigen Fortschritte der Forschung. Liepmann (Dalldorf).

CLXI) **Willy Hellpach:** Die Grenzwissenschaften der Psychologie. Leipzig, Verlag der Dürr'schen Buchhandlung, 1902. 515 S. Preis 7,60 Mk.

Das vorliegende Buch ist Wilhelm Wundt gewidmet, dessen Schüler der Verfasser ist. Der Zweck des Buches wird in der Einleitung erläutert. Es soll die Verständigung zwischen den naturwissenschaftlich gebildeten Aerzten und den „Geisteswissenschaftlern", die sich beide mit der modernen Psychologie befassen, erleichtern. Hellpach hat zweifellos recht, wenn er betont, dass den Aerzten psychologische Schulung Not thut und dass die Pädagogen und Berufspsychologen die wichtigsten Thatsachen aus den Gebieten der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems kennen sollen. Das Buch soll, so schreibt der Verf., „ein Leitfaden werden, in dem die Thatsachen der Anatomie des Nervensystems, der animalen Physiologie, der Neuropathologie, der Psychopathologie und der Entwicklungspsychologie erzählt, und die vornehmlichsten der an sie geknüpften Theorien kritisch beleuchtet werden. Denn die Vertreter jener fünf Disziplinen, die Hirnanatomen, die Physiologen, die Nervenärzte, die Irrenärzte und die Pädagogen sind es, die heute — neben der verschwindend kleinen Zahl von Berufspsychologen — die psychologische Debatte führen".

Diesem Zwecke entsprechend zerfällt das Buch in folgende Teile:

1. Die Einleitung. Auf 20 Seiten schildert Hellpach unter enger Anlehnung an Wundt die Hauptergebnisse der modernen Psychologie.

2. Anatomie des Nervensystems. S. 23—85. Verf. giebt in sechs Kapiteln eine kritische Darstellung der wichtigsten anatomischen Thatsachen und ihrer Bedeutung für die Lehre von den Funktionen des Zentralnervensystems. Kapitel 5 (Gehirn und Seele) behandelt die alten und neuen Lokalisationslehren in recht interessanten Ausführungen.

3. Animale Physiologie. S. 89—203. Hier sehen wir den Verf. hauptsächlich unter dem Einfluss von Wundt und Hering, soweit es sich um die Darstellung theoretischer Fragen handelt.

4. Neuropathologie. S. 207—302. Die Ausführungen, denen anscheinend namentlich die Werke von Oppenheim, Möbius und Binswanger zu Grunde liegen, bringen hier — wohl der Vollständigkeit halber — vieles, was für den Nichtarzt kaum von Bedeutung ist.

5. Psychopathologie. S. 305—426. Hier erweist sich der Verf. als ein überzeugter Anhänger der Lehren Kraepelin's, dessen Forschungsrichtung er mit trefflichen Worten darzustellen und zu würdigen weiss.

6. Entwickelungspsychologie. Dieser Abschnitt zerfällt in mehrere, relativ selbständige Kapitel: Das Seelenleben der Tiere. Psychologie der Kindheit. Ursprung und Entwickelung der Sprache. Die Aufgaben der Sozialpsychologie. Die Entwickelung der wirtschaftlichen und geistigen Kultur. Genie und Entartung. Wundt's Einfluss ist auch hier unverkennbar.

Das ganze Buch zeigt gewisse Eigentümlichkeiten, die wir in solch starker Ausprägung sonst kaum in wissenschaftlichen Büchern finden: es ist äusserst subjektiv. Mit warmem Pathos wird das eine gelobt, mit rücksichtsloser Schärfe das andere getadelt. Ueberall drängt sich die Kritik vor. Zweifellos zeugt diese Kritik oft von guter geistiger Schulung, von vielseitiger Bildung und ehrlichem Streben nach einheitlicher Auffassung der vielgestaltigen Lebenserscheinungen.

Allein weil der Verfasser, der noch ein junger Gelehrter ist, doch nicht immer auf eigener Erfahrung, noch auf gründlicher Kenntnis der Thatsachenwelt fusst, findet sich auch manches Unrichtige, vieles Zweifelhafte in apodiktischer Form; Licht und Schatten werden nicht richtig verteilt. Auch macht sich an manchen Stellen eine fast feuilletonistisch zu nennende Behandlung wissenschaftlicher Fragen bemerkbar. Vielleicht schwebt dem Verf. bei der Art der Darstellung Möbius als Vorbild vor; allein es ist ihm bis jetzt noch nicht gelungen, sein Vorbild zu erreichen. Möbius ist gedankenreich, in der Auslegung seiner Beobachtungen und Erfahrungen geistvoll, aber er strebt nicht bewusst nach pointiertem Ausdruck, er blendet nicht. Auch wo er ästhetische oder religiöse Fragen behandelt, sagt er einfach und klar, was er denkt und warum er so denkt. Hellpach bewegt sich zu sehr in Superlativen, liebt die bilderreiche Schreibart, sucht durch rhetorische Mittel und kategorische Form des Urteils zu überzeugen, verblüfft durch die Sicherheit, mit der er Zusammenhänge konstruiert und vieldeutige Erscheinungen klar legt. Der Verfasser ist offenbar eine Affektnatur; das verrät auch sein Buch. Jedenfalls aber muss das Eine hervorgehoben werden: Das Buch ist sehr lesenswert, nicht bloss für den Pädagogen, sondern auch für den Neurologen und Psychiater. Es ist immer interessant, nie langweilig. Wenn Hellpach in einzelnen Abschnitten grosse Wissensgebiete kurz zusammendrängt, so zeigt er dabei stets gutes Verständnis für das Wesentliche und ermüdet nirgends durch Nebensächliches.

Die Ausstattung des Buches ist einfach, sein Preis niedrig. Möge es fleissig gelesen werden! Gaupp.

CLXII) **Herman Lundborg:** Klinische Studien und Erfahrungen betreffs der familiären Myoklonie und damit verwandten Krankheiten. Stockholm 1901. 131 Seiten.

Das vorliegende Werk stellt eine wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse über das seltene und viel umstrittene Krankheitsbild der Myoklonie dar. Der Verf. hatte erfahren, dass in einem Kirchspiel in Schweden einige eigentümliche Nervenkrankheiten auffällig häufig vorkamen; er hat diese Fälle, die sich als familiäre Myoklonie erwiesen, teils an Ort und Stelle genauer studiert, teils in Krankenhäusern, wohin sie auf seinen Wunsch gebracht wurden, längerer Beobachtung unterziehen können. Nach einer Uebersicht über die bisherige Litteratur des Gegenstandes berichtet er über seine eigenen Fälle, die die verschiedenen Stadien der Krankheit repräsentieren. Sehr interessant ist eine genealogische Tabelle, die die Verteilung der Fälle über die weit verzweigte Familie ergiebt und bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurückreicht. Neben der Myoklonie finden sich in der schwer degenerierten Familie noch andere Psychosen und Neurosen (Epilepsie, Paralysis agitans). Die Zahl der vom Verf. mitgeteilten Krankenbeobachtungen beträgt 17, die sich auf zehn Familien verteilen. Den Hauptwert der Arbeit bildet die eingehende Schilderung der Krankheit in ihren verschiedenen Formen, der Anfälle, die Verf. als leichte, mittelschwere und schwere rubriziert, des eigentümlichen psychischen Verhaltens, des Verlaufs, der meist ein charakteristisch periodischer ist. Was die Stellung der Affektion in der allgemeinen Nosologie angeht, so denkt der Autor in erster Linie an eine Autointoxikation, und zwar besonders an eine solche ausgehend von der Thyreoidea. Er findet Beziehungen zur Tetanie, Katatonie, Paralysis

agitans, die mehrfach zusammen mit der Myoklonie von ihm beobachtet wurde, schliesslich mit den Morb. Basedowii und dem Myxoedem. Wir dürfen dem Verf. dafür sehr dankbar sein, dass er seine Arbeit in deutscher Sprache veröffentlicht hat, wenn seine Ausdrucksweise auch stellenweise den Ausländer deutlich erkennen lässt. Cassirer.

CLXIII) **Ernest E. Maddox:** Die Motilitätsstörungen des Auges auf Grund der physiologischen Optik nebst einleitender Beschreibung der Tenon'schen Fascienbildung. Autorisierte deutsche Ausgabe und Bearbeitung von Dr. W. Asher. Mit über 100 Textfiguren und 1 Tangentenskala. 316 u. XI Seiten. Leipzig, 1902. Preis brosch. 6 Mk., geb. 7 Mk.

Asher hat das englische Werk von Maddox übersetzt, bearbeitet und erweitert, so dass es sich zu einem Lehrbuche der Motilitätsstörungen des Auges für Augen- und Nervenärzte gestaltet hat. Nach einer anatomischen Einleitung, in welcher besonders ausführlich das Verhalten der Tenon'schen Kapsel und der Hemmungsbänder der Augenmuskeln dargelegt wird, folgt eine allgemeine Darstellung der Augenbewegungen, insbesondere der Raddrehung, des Donders'schen und Listing'schen Gesetzes, zu deren Demonstration Verf. einen einfachen Apparat angegeben hat. Das nächste Kapitel ist der Wirkung der einzelnen Augenmuskeln gewidmet, wobei auch die Zweckmässigkeitsfrage berührt wird, z. B. das Vorhandensein einer Rolle beim Obliquus superior. Es folgt eine Besprechung der Assoziation beider Augen. Diese wirken so zusammen, als wären sie ein Organ; die Innervation ihrer Muskeln ist stets eine assoziierte. Man kennt zur Zeit vier assoziierte Innervationen; durch die eine werden beide Bulbi gehoben, durch die zweite gesenkt, durch die dritte und vierte nach rechts resp. links gewendet, die fünfte ist die Konvergenzinnervation. Manche nehmen noch eine besondere Divergenzinnervation an. Wird beim Fixieren eines nahe gelegenen Objektes ein Auge plötzlich verdeckt, so weicht es meist etwas nach aussen ab, eine physiologische Erscheinung, die mit der Insuffizienz der Recti interni zusammengeworfen worden ist. Nachdem die Fixation, Projektion und das binokulare Sehen, sowie die einschlägigen Untersuchungsmethoden ausführlich abgehandelt sind, wendet sich Verf. dem Strabismus und den Augenmuskellähmungen zu. Die Symptome der letzteren sind: Vikariierende Kopfdrehung, Beweglichkeitsbeschränkung des Auges, grössere Sekundärablenkung, fehlerhafte Projektion, Schwindel, unsicherer Gang und Doppeltsehen. Diese Symptome und ihre Verwertung für die Diagnose finden eingehende Besprechung, der sich einige Notizen über die Behandlung anreihen. Ein besonderes Kapitel behandelt die mit Hilfe des Augenspiegels erzeugten Hornhautreflexbilder und die Schlüsse, welche sich aus ihrer Lage auf das Bestehen von Schielen oder Augenmuskellähmungen ziehen lassen. Die latenten Schielformen oder die Heterophorie, wie ein neuerer Ausdruck lautet, unterscheidet man in Hyper-, Exo- und Esophorie, je nachdem das verdeckte Auge nach oben, aussen oder innen abweicht; zur Prüfung dieser Anomalien ist das Madox'sche Stäbchen besonders geeignet. Ausser diesen Formen beobachtet man zuweilen eine latente Rollung. Dieselbe macht sich dadurch bemerkbar, dass beim Vorhalten des genau horizontal gerichteten Madox'schen Stäbchens vor einem Auge der entstehende Lichtstreifen nicht vertikal, sondern geneigt erscheint. Den Schluss bilden drei Kapitel über den Nystagmus, das Verhalten

des Auges im Dunkeln nach Untersuchungen mit der Sehkammer des Verf. und über die Lehre von den auf den Augapfel wirkenden Kräften. Das knapp und klar geschriebene Buch ist sehr übersichtlich angeordnet und dürfte als Lehrbuch der Motilitätsstörungen des Auges Vielen willkommen sein.

Groenouw.

CLXIV) **P. J. Möbius:** Ueber Kunst und Künstler. Leipzig. Joh. Ambrosius Barth. 1901. 296 S.

Auf Grund eingehender historischer Betrachtungen sehen wir neuerdings wieder manchen Vielgeschmähten zu seinem Rechte kommen. Auch einigen der „grossen Charlatane" hat man voreilige Urteile abzubitten gelernt. Protagoras, Paracelsus, Gall sind doch mehr als bombastische Phantasten gewesen. Möbius bemüht sich in diesem Buche nachzuweisen, dass Gall's Lokalisationstheorien durchaus nicht so in der Luft stehen, auf richtigen Beobachtungen fussen und vor allem eine originelle, zutreffende psychologische Anschauung, „die Lehre von den Seelenvermögen", zur Grundlage haben. In Uebereinstimmung mit Gall, aus dessen Werken längere Abschnitte in deutscher Uebersetzung wiedergegeben werden, will Möbius zeigen, dass, wie für die Mathematik, so auch für andere Grundfähigkeiten, im besonderen für künstlerische Eigenschaften, äusserliche Kennzeichen im Bau des Schädels zu finden seien; Vorwölbungen und Vorsprünge, welche — namentlich um den unteren Teil der Stirne und der Schläfe gelegen — charakteristisch sind für die Schöpfer der jeweiligen Kunstart.

Möbius legt einen Hauptwert darauf, den Künstler aus dem Subjekt heraus zu erklären. Was ist das Talent psychologisch genommen? Das Talent setzt sich nicht einfach aus anderen Seelenfähigkeiten zusammen, es stellt keine auflösbare Summe dar, sondern es ist ein spezifisches Seelenvermögen, ein ursprünglicher, eigenartiger Trieb: „der Wille zur Kunst", der zwar mit anderen Trieben, namentlich der Sexualität, in tiefen Beziehungen steht, keineswegs aber nur eine modifizierte Erscheinung derselben bedeutet. Die notwendige Folgerung ist, dass dem besonderen Seelenvermögen auch ein besonderes Gehirnorgan entspricht. „Es ist aber undenkbar, dass einem von den anderen Fähigkeiten unabhängigem Triebe eine besondere Beschaffenheit der ganzen Gehirnrinde entspreche, er kann nur durch einen besonderen Teil der Gehirnrinde vertreten sein."

Angenommen, es wären „die fünf Haupttalente: Mechanik, Bildkunst, Musik, Mimik, Dichtkunst" in bestimmten Gehirnpartieen lokalisiert, was bewiese das für die Annahme entsprechender Formationen des Schädels? Gall ist hier ziemlich kritiklos, aber konsequent, indem er jene stärker entwickelten Gehirnpartieen den Schädel einfach ausbuchten lässt. Möbius ist vorsichtiger und möchte die Frage nach der Art des Zusammenhanges meist lieber offen lassen; er entzieht damit freilich seinen Beobachtungen zum guten Teil wieder die beabsichtigte Stütze nachträglicher, theoretischer Begründung. Schliesslich wäre die Thatsache des Vorhandenseins jener äusseren Kennzeichen schon an sich wertvoll genug. An einem reichen Material eigener und fremder Beobachtung sucht Möbius seine Behauptungen im einzelnen zu beweisen. Natürlich ist man hier im Ganzen dem Autor in die Hand gegeben und der Satz: „ein positives Bild ist brauchbar, ein negatives beweist nichts für und nichts wider" hat gewiss sein Missliches. Auf eine umfangreiche Nachprüfung am Lebenden

wird alles ankommen. Hierfür wäre zu wünschen, dass die Beschreibung der Kennzeichen („Organe"), namentlich die Abbildungen derselben noch deutlicher wären, als sie es sind. Man kennt sich zwischen all den Wölbungen und Buchten schliesslich nicht mehr so recht aus. Neben dem Hauptthema werden im Zusammenhang damit oder „anhangsweise" noch eine Reihe von Fragen erörtert: „Ueber Schönheit und Liebe", „den erzieherischen Wert der Kunst", „Vererbungsgesetze des Talents" u. a.; Fragen, welche mit ebensoviel Geist wie Gründlichkeit und immer in Konsequenz der gesamten Lebensanschauung des Autors besprochen werden: eine Konsequenz, welche diesen Erörterungen einen doppelten Reiz verleiht, aber auch die nicht seltene Einseitigkeit in der Auffassung solcher Probleme erklärt. Arndt.

CLXV) **Jean Demoor**: Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. Altenburg, O. Bonde, 1901. (Pädagog. Bibliothek, Chr. Ufer.)

Der besonders für den Pädagogen und Schularzt bearbeitete Stoff wird in vier Büchern abgehandelt. Im ersten werden die allgemeinen biologischen Entwickelungsgesetze (Vererbung und funktioneller Reiz) und die wichtigsten Störungen im Leben der Gesellschaft, der Erzeuger und des Individuums besprochen, welche zur Abnormität des jungen Organismus führen können. Eine Uebersicht der hauptsächlichsten anatomischen und physiologischen Begriffe vom Zentralnervensystem schliesst sich an. Vor allem wird betont: „dass die Muskelthätigkeit eines der wirksamsten Mittel ist, um die Gehirnthätigkeit zu entwickeln und zu disziplinieren" und umgekehrt „das gesamte Wesen in Thätigkeit tritt, wenn das Gehirn arbeitet". Der zweite Abschnitt giebt die Kennzeichen des normalen Kindes und eine Anleitung zur Untersuchung der anomalen Kinder nebst einem Versuch der systematischen Einteilung der letzteren. In seinen wissenschaftlichen Anschauungen ist Verf. keinesfalls einwandsfrei; zumal fällt auf, dass er höchst problematische Dinge als Thatsachen behandelt. Gewiss ist in einem populären Werke ein dogmatischer Ton angebracht, aber dann muss man sich halt mehr beschränken. Viel rückhaltloser kann dem Inhalte der beiden letzten Teile zugestimmt werden, wo die Behandlung der anormalen Kinder und die Methodik einer eingehenden Besprechung unterzogen wird. Namentlich in der „Methodik" entwickelt Verf. gesunde und beherzigenswerte Ansichten; das Kapitel „Hilfsschulen" kann man nur unterschreiben. Ein Anhang über das „eurythmische Turnen" und eine Anzahl Krankengeschichten vervollständigen das Buch. Arndt.

CLXVI) **Wilhelm Deutsch**: Der Morphinismus. Eine Studie. Stuttgart, F. Enke, 1901.

Verf. stellt die bisher bekannt gewordenen wichtigsten Thatsachen über den Morphinismus für den Gebrauch des praktischen Arztes zusammen. Er sieht die Grundlagen des Morphinismus in der angeborenen oder erworbenen Neurasthenie und das beste Heilmittel, neben Entziehung und Anstalt, in hydropathischen Massnahmen. In den Kapiteln „Diagnose" und „Symptomatik" werden die psychischen Symptome auffallend stiefmütterlich behandelt. Die pathologische Anatomie ist bisher ergebnislos. Das Werkchen ist weniger aus eigener Erfaqrung als aus Bücherstudium hervorgegangen; was die viele Seiten

langen Zitate und die gar zu lexikalisch nebeneinandergestellten Ansichten der verschiedenen Autoren verständlich macht. Vielleicht wären dem Praktiker mehr bestimmtere Anweisungen und eine Kürzung der Excerpte „ex libris" erwünscht.

Arndt.

III. Vereinsbericht.

70. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.

Bonn, 15. XI. 1902.

Besprechung der Ministerialverfügung vom 7. X. cr.

340) **Thomsen**-Bonn sieht in dieser Verfügung, welche die Anstaltsärzte vom Entmündigungsverfahren ausschliesse, eine wesentliche Verschlechterung gegen früher. Ohne den Kreisärzten zu nahe zu treten, müsse man sagen, dass viele von ihnen zur Beurteilung schwierigerer Fälle nicht befähigt sind. Zudem sieht der Kreisarzt den zu Entmündigenden nur ad hoc wenige male, während der Anstaltsarzt durch dauernde Beobachtung die ganze Persönlichkeit kennen lernt. Wo zwischen beiden ein gutes kollegiales Verhältnis besteht, kann der Kreisarzt diesen Mangel durch Beratung mit dem Anstaltsarzt ersetzen; aber vielfach werden die Anstaltsärzte infolge berechtigter Missstimmung jede Auskunft ablehnen. Zudem ist das aus den Anstaltsakten entnommene Material, weil nicht beeidigt, für den Richter nicht beweiskräftig, es müsste denn der Anstaltsarzt als sachverständiger Zeuge geladen werden. Die neue Bestimmung ist in den Augen des Publikums ein Misstrauensvotum gegen die Anstaltsärzte; so trägt der Staat dazu bei, das Misstrauen gegen die Anstalten zu verstärken. Thomsen schlägt vor, folgende Resolution dem Verein deutscher Irrenärzte vorzulegen: „Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz bedauert sehr die Ministerialverfügung vom 7. Oktober 1902, nach welcher bei Entmündigungen fernerhin die Kreisärzte als Sachverständige zuzuziehen sind, bei thatsächlichem Ausschluss der Anstaltsärzte, im Interesse der Patienten und wegen der Beeinträchtigung des Standes der Anstaltsärzte."

Ungar-Bonn vertritt den entgegengesetzten Standpunkt. Von einem Misstrauen gegen die Anstaltsärzte könne nicht die Rede sein; vielmehr sei die frühere Bestimmung ein Misstrauensvotum gegen die Medizinalbeamten gewesen. Es gebe auch Anstaltsärzte, die schlechte Gutachten machen. Die strafrechtlichen Gutachten seien dem Kreisarzt überlassen, und das seien doch meist schwierigere Fälle, als die Entmündigungen. Wenn die Ausbildung der Kreisärzte vielfach nicht ausreiche, so müsse sie eben verbessert werden. Die Beurteilung der Anstaltsärzte könne nicht ganz objektiv sein, weil die Ablehnung der Entmündigung die Entlassung zur Folge habe; der Anstaltsarzt, der den Kranken bis dahin in der Anstalt gehalten, würde also durch Ablehnung der Entmündigung sich selbst widersprechen. Wenn der Anstaltsarzt die Auskunft verweigere, so könne die Krankheitsgeschichte durch den Richter eingefordert, oder der Anstaltsarzt als sachverständiger Zeuge geladen werden.

Schultze-Andernach bemerkt, dass ein sachverständiger Zeuge kein

Urteil abzugeben brauche, sondern nur über thatsächliche Beobachtungen auszusagen habe.

Oebeke-Bonn weist darauf hin, dass die Herausgabe der Krankheitsgeschichte verweigert werden könne, weil sie ärztliche Berufsgeheimnisse enthalte. — Es bleibe jetzt nichts anderes übrig, als sich an das Abgeordnetenhaus zu wenden; der Minister könne nichts thun, weil er durch das Kreisarztgesetz gebunden sei. Uebrigens könne man den Irrenärzten nicht vorwerfen, dass sie sich nicht rechtzeitig gegen diese Bestimmung des Kreisarztgesetzes gewendet hätten; es habe eben damals niemand an deren Tragweite gedacht, auch der Justizminister nicht! Denn dessen früherer Erlass, nach welchem die Irrenärzte in erster Linie als Sachverständige in Entmündigungssachen fungieren sollten, ist $2^1/_2$ Monate nach dem Bekanntwerden des Kreisarztgesetzes erschienen.

Pelman-Bonn bemängelt die Fassung der Resolution. Es wird beschlossen, dass der Vorstand ihren Wortlaut entsprechend ändern, eine kurze Motivierung hinzufügen und sie dann dem Verein deutscher Irrenärzte einsenden solle.

341) **Schultze**-Andernach hatte ein Referat über das bevorstehende Irrengesetz übernommen, aber davon Abstand genommen, weil nach Erkundigung an zuständiger Stelle ein solches für die nächsten Jahre noch nicht zu erwarten ist. Er schlug jedoch vor, folgenden Antrag an den Verein deutscher Irrenärzte zu richten: „Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz bittet den Verein deutscher Irrenärzte, zu gegebener Zeit an zuständiger Stelle vorstellig zu werden, dass der event. Entwurf eines Irrengesetzes ihm zur Kenntnisnahme vorgelegt werde". Die Versammlung beschloss dementsprechend.

342) **Brosius**-Sayn: Die Psychosen der Juden. Die Litteratur über dieses Thema ist sehr spärlich. Verschiedene Statistiken ergeben, dass die Juden mehr als doppelt so stark zu Psychosen disponiert sind, als die andere Bevölkerung, und dass sie vorzugsweise an den prognostisch ungünstigen Formen erkranken.

343) **Sauermann**-Bonn: Zur Prognose und Therapie der Trunksucht. Heilung der Trunksucht ist nur durch Erziehung zur völligen Abstinenz möglich. Die Prognose ist keineswegs so ungünstig, wie man vielfach glaubt; die Anstalten berichten durchschnittlich über 40 % Heilungen. Wegen der Gefahr des Rückfalls ist aber Nachbehandlung nötig. Die Anstalt Ellikon hat zu diesem Zwecke einen Verein der Entlassenen gegründet; andere Anstalten traten mit den Vereinen vom blauen Kreuz oder den Guttemplern in Verbindung. Sauermann hat, um Material zu gewinnen, an Mitglieder des blauen Kreuzes Fragebogen versendet und von vielen ausführlichen Bescheid bekommen. Die Fragen bezogen sich auf Beruf, Erblichkeit, Lebensalter, Ursache, Erscheinungen u. s. w. Die Ursache war in fast der Hälfte der Fälle in den Trinksitten zu suchen. 11 % waren schon vorher geistig abnorm. Die Resultate fasst S. in einigen Sätzen zusammen, welche sagen, dass Trunksucht, oft auch in schweren Fällen, heilbar, dass aber wegen der Notwendigkeit völliger Abstinenz und der Gefahr des Rückfalls dauernde Fürsorge nötig ist; dass bei der Errichtung von Heilanstalten solche Bezirke zu bevorzugen sind, in welchen Abstinenzvereine bestehen; dass, wo Vereine bestehen, die Behandlungsdauer in der Anstalt oft abgekürzt werden kann, zuweilen sogar die Abstinenz ohne Anstaltsbehandlung

erreicht wird. Schliesslich führt Sauermann aus, dass das beste therapeutische Hilfsmittel in der Trinkerbehandlung die Arbeit sei, und dass es darum zweckmässig sei, sie mit anderen Kranken, bei denen Beschäftigungs-Therapie indiziert sei, zusammenzubringen. Er schlägt daher Gründung von Heilstätten für Alkohol- und Nervenleidende vor, deren Kosten den Landarmenverbänden zur Last fallen würden.

344) **Schultze**-Andernach: Kasuistischer Beitrag zur Lehre der Augenmuskellähmung. Ein Fall von Ophthalmoplegia interna traumatica. Der Vortrag wird in dieser Zeitschrift erscheinen.

345) **Thomsen**-Bonn: a) Ueber Salzentziehungskuren. Bei einem epileptischen Knaben hat Thomsen durch die Richet-Toulouse'sche Behandlung befriedigenden Erfolg erzielt. Die vorher sehr häufigen Anfälle blieben vom zweiten Tage der Behandlung völlig aus, nachdem vorher alle anderen Behandlungsmethoden erfolglos angewendet worden waren; die Durchführung der Ernährung machte keine Schwierigkeiten. Bei drei schwer hysterischen Damen blieb die Behandlung ohne Erfolg. Bei der einen nahm wohl die Zahl der Anfälle ab, doch kam es zu einem schweren Delir. Bei den beiden anderen traten die Erscheinungen der Bromvergiftung ein: Benommenheit, Schlafsucht, taumelnder Gang, Paraphasie, Störung des Gedächtnisses. T. betont, dass das Brom auf den chlorarmen Körper ganz anders wirkt wie sonst, und meint, dass die Versuche mit dieser Behandlung bei Epileptikern fortzusetzen seien.

Steiner-Köln hat einen Epileptiker nach Richet-Toulouse behandelt mit anfangs günstigem Erfolge, später kam es zu Bromvergiftung. Freilich hat St. bei salzarmer Kost 6,0 Brom p. d. nehmen lassen!

Zacher-Ahrweiler berichtet über mehrere günstige Erfolge bei Epileptikern.

b) Zur zirkulären Psychose. Thomsen hat eine Anzahl Manisch-depressiver durch langen Zeitraum beobachtet und den Verlauf der Krankheit in Kurven aufgezeichnet. Die Dauer der einzelnen Phasen war in einigen Fällen ausserordentlich lang, bis zu fünf und acht Jahren. Solche Fälle ohne Kenntnis der Vorgeschichte diagnostisch richtig zu beurteilen, dürfte oft nicht leicht sein. — Die Prognose des manisch-depressiven Irreseins hält T. nicht für absolut ungünstig. In einem Falle blieben die Anfälle aus nach Scheidung der unglücklichen Ehe. In einem andern Falle hatten die Eheleute ihre ganze Lebensweise nach den wechselnden Zuständen der kranken Frau eingerichtet, was zur Folge hatte, dass die Exaltationszustände allmählich milder wurden und schliesslich ganz ausblieben.

Pelman erwähnt einen interessanten Fall von täglichem Wechsel der Phasen und weist auf den Wert der graphischen Darstellung zirkulärer Psychosen hin. Deiters-Andernach.

IV. Referate und Kritiken.

1. Psychiatrie.

346) **Bernhart**: Zur Klassifikation der Idiotie und Psychoneurosen. (Allg. Zeitschr. f. Psych., LVIII, 4.)

Dass die Einteilung der Psychosen in einfache, paralytische, epileptische, idiotische und in Delirium potatorum weder wissenschaftlich noch praktisch

brauchbar ist, ist ohne weiteres zuzugeben; dass das aber bisher irgend einem, der seine Erkrankungen in dieses offizielle Schema einzuordnen hatte, entgangen sein sollte, glaubt Ref. nicht. Aber auch nicht, dass das vom Verf. vorgeschlagene Einteilungsprinzip die Nachteile dieses Schemas vermiede. Um der Idiotie und den Psychoneurosen den ihnen gebührenden Platz einzuräumen, will er das gesamte Gebiet der Psychopathologie einteilen: erstens nach der Ursache, zweitens nach der In- und Extensität, drittens nach dem Stadium der geistigen Entwickelung. So erstrebenswert die Erforschung der ätiologischen Momente der Psychosen ist, so wenig ist das ätiologische Einteilungsprinzip heute praktisch durchführbar. Die Unterscheidung dem Grade der Erkrankung nach in erstens psychopathische Minderwertigkeit, zweitens Psychoneurosen, drittens eigentliche Psychosen, könnte ungeachtet wissenschaftlicher Bedenken vielleicht einige praktische Vorteile haben. Die weitere Einteilung nach der Entwickelungsstufe würde nur klinisch zusammengehörige Gruppen nach einem untergeordneten Prinzip wieder auseinanderreissen. Ganz unglücklich ist aber die Zusammenfassung aller vor der Pubertät auftretenden Erkrankungen als Idiotismus. Dieser hätte nach Verf. ebensoviele ätiologische Gruppen als die Krankheiten der anderen Lebensalter und zerfiele dem Grade nach in Minderwertigkeiten, Psychoneurosen und Psychosen. Ist aber eine akute heilbare Psychose, z. B. eine nach Typhus entstandene Intoxikationspsychose, etwas anderes bei einem 12 jährigen als bei einem 20 jährigen, und was hat sie im ersteren Falle mit dem Idiotismus zu thun? Oder unterscheidet sich eine Hysterie, die vor der Pubertät zutage tritt, von einer späteren, und welchen Wert hat es sie zu trennen, ganz abzusehen von der unverständlichen Beziehung zu den idiotischen Krankheitsformen? Chotzen.

---

347) **Heilbronner:** Ueber Krankheitseinsicht.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., LVIII, 4.)

Verf. unterscheidet Krankheitsgefühl — das Gefühl der vorgehenden Veränderung, meist als hypochondrisches zu Erklärungswahnideen führend —, Krankheitsbewusstsein — die Empfindung der Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit, ohne Erklärungsideen (am reinsten bei der einfachen Melancholie) — und Krankheitseinsicht — die Fähigkeit, die einzelnen Symptome, auch soweit sie nicht subjektiv empfunden werden, kritisch zu betrachten und als krank zu erkennen.

Letztere kann während der Krankheit nur auftreten im Beginn, wenn die Symptome noch leicht sind und wenn Erfahrungen aus früheren Attacken die Erkennung vermitteln. Sonst entsteht sie retrospektiv, und nicht nur für die Erkrankung überhaupt, sondern auch für die einzelnen Symptome, z. B. auch für isolierte Halluzinationen. Eine scheinbare Ausnahme machen einige konstitutionell Kranke, wie leicht Schwachsinnige, die aber auch nur aus der Erfahrung, oder nach dem Urteil anderer sich für „kopfschwach" erklären, und Kranke, die, um einer Bestrafung zu entgehen, die Kenntnis ausnützen, dass man sie für krank hält, ohne dass sie es selbst glauben. Die Entstehung der retrospektiven Einsicht geschieht auf verschiedene Weise: einmal plötzlich, wie das Erwachen aus einem Traume, so nach Delirien und anderen stürmisch einsetzenden und rasch abklingenden Psychosen. Eine Erklärung für diesen Mechanismus kann nicht gegeben werden, ebensowenig dafür, dass auch hier

die Einsicht manchmal verzögert oder gar nicht eintritt. In anderen Fällen entsteht die Korrektur auf dieselbe Weise wie bei einer normal erworbenen irrtümlichen Vorstellung. Sie geschieht auch hier nicht immer vollkommen, in manchen Fällen bleiben Wahnreste zurück, die aber später noch korrigiert werden können — Wernicke's paranoisches Stadium, Neisser's Residualwahn —; einzelne Ideen können sich aber auch dauernd erhalten. Ein dritter Modus der Eliminierung krankhafter Vorstellungen ist der, dass sie das Interesse verlieren und vergessen werden.

Für das Zustandekommen residuärer Wahnbildung ist nicht die Art der Psychose, sondern die Individualität des Kranken massgehend, ohne dass aber die wirksamen Eigenschaften genannt werden könnten. Schwachsinn ist es nicht, das beweist die gute Einsicht, die dabei oft für interkurrente akute Psychosen entsteht. Die von Wernicke angenommene „paranoische Veranlagung" möchte Verf. nicht anschuldigen, dagegen glaubt er mit W., dass eigentlich pathologische Momente nicht erforderlich sind. Ein Grund liegt, wie Bonhöffer betonte, in der Kongruenz der Wahnideen mit Gedankengängen des Gesunden. Für die Praxis interessant ist, dass diese Kranken nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht strafvollzugsfähig wären, was zu Widersprüchen führen kann, da die Kranken wohl als strafbar zu erachten sind. Sie sind verhandlungsfähig und der § 51 kann auf solche Zustände keine Anwendung finden. Entmündigung kommt wohl kaum in Frage, dagegen Aufhebung derselben. Sie kann geschehen, da ja dazu nicht Heilung, sondern Wegfall der Gründe zur Entmündigung nötig ist.

Die Entscheidung, ob wirklich nur residuärer Wahn oder chronisch progrediente Psychose vorliegt, ist häufig sehr schwer. Freie Aussprache und Wegfall des Beziehungswahnes spricht für erstere, Fortbestehen dieses, ausweichende Antworten oder Dissimulation für letztere. Chotzen.

---

348) **Cullerre**: Deux nouveaux cas de folie gémellaire.
(Arch. de Neurologie. Februar 1901.)

Verf. verlangt von Zwillingspsychosen nicht eine bis ins einzelne gehende Uebereinstimmung, sondern hält die Bezeichnung schon für gerechtfertigt, wenn der Krankheitsverlauf bei beiden Zwillingen in seinen Umrissen Analogieen aufweist. Sie gehören stets zu den degenerativen Psychosen, setzen meist früh ein und häufig resultiert eine Dementia präcox. Belastend ist zunächst, überhaupt ein Zwilling zu sein, da in der Ascendenz vielfach Tuberkulose und Syphilis nachgewiesen werden konnten. Die spezifisch psychische hereditäre Veranlagung wird jedoch nie vermisst und ist sogar meist sehr ausgesprochen vorhanden.

Die erste Beobachtung betrifft zwei Schwestern, die von Haus aus wenig begabt, im 17. Jahre in der Arbeit nachliessen und zerstreut, eigenwillig und heftig wurden. Beide äusserten dann melancholische und hypochondrische Ideen und später unbestimmte Verfolgungsvorstellungen; dazu kamen impulsive Wutausbrüche. Bei der einen, lebhafteren, anscheinend besser begabten, waren zwar die Wahnvorstellungen weniger ausgeprägt, aber die ganze Psychose spielte sich in viel kürzerer Zeit ab und der terminale Blödsinn war tiefer, während die andere Schwester noch mehrere Jahre ausserhalb der Anstalt bleiben konnte und in weniger intensive Demenz verfiel.

Im zweiten Fall handelte es sich um ebenfalls etwas schwachsinnige Zwillingsbrüder und bei beiden brachten Alkoholexzesse die Psychose zum Ausbruch, die bei dem einen die Form der systematisierten Paranoia annahm, während der andere nach einem halluzinatorischen Anfall die Erscheinungen einer zunehmenden Verwirrtheit mit maniakalisch gefärbten Erregungen zeigte.

Bennecke (Dresden).

---

349) **M. Sander:** Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen.

(Arch. f. Psych., XXXIV, 490—522, 1901.)

Besprechung der Aetiologie und pathologischen Anatomie des Delirium acutum. Das akute Delir ist ein Symptomenkomplex, der weder ätiologisch noch anatomisch eine einheitliche Grundlage besitzt. Es werden dahin schnell tödlich verlaufende Fälle von progressiver Paralyse gerechnet, ferner senile Geisteskrankheiten; man findet dann mikroskopisch neben den akuten die charakteristischen chronischen Veränderungen. Auch periodische Geistesstörungen sollen unter dem Bilde des Del. acut. verlaufen können. In zwei solchen Fällen fand S. nur relativ geringe Veränderungen im Gehirn. Beim Del. acut. im engeren Sinne ist die Alteration eine viel schwerere: weitgehende akute Erkrankung der Ganglienzellen, entzündliche Erscheinungen an den Gefässen, Wucherungsprozesse in der Glia, beginnender Zerfall der Markscheiden und hier und da Anhäufungen von Leucocyten im Gewebe; S. ist geneigt, diese Veränderungen als mildere Form einer akuten Encephalitis aufzufassen. Nun finden sich bei Allgemeininfektionen, die intra vitam keine erheblicheren psychischen Symptome dargeboten hatten, ganz dieselben, wenn auch nicht so stark ausgesprochenen Hirnveränderungen. Das hat Sander veranlasst, den Beziehungen zwischen akuten Infektionskrankheiten und akutem Delir weiter nachzugehen. Unter 14 Fällen der Frankfurter Irrenanstalt konnte er achtmal eine Infektionsquelle nachweisen; aus der Litteratur sind eine ganze Reihe von Mitteilungen über Befund von Krankheitserregern bei Delirium acutum niedergelegt; S. teilt noch vier Fälle mit, in denen er Mikroorganismen fand. Andere sind nicht durch direkte Blutinfektion bedingt, sondern durch Toxine; sie verlaufen weniger stürmisch.

Schröder.

---

350) **E. Meyer:** Zur Pathologie der Ganglienzelle unter besonderer Berücksichtigung der Psychosen.

(Arch. f. Psych., XXXIV, S. 603—615, 1901.)

„Die Ganglienzelle“, die Meyer untersucht, ist, wie bei den meisten Autoren, auf demselben Gebiet, die Riesenpyramidenzelle der Zentralwindungen. Alle anderen Zellen blieben unberücksichtigt, da „ausführliche Angaben über Veränderungen der kleinen und der polymorphen Zellen nicht vorliegen, und da vor allem die Beurteilung dessen, was normal und was schon pathologisch ist, bei diesen so ausserordentlich verschieden gestalteten Zellen sehr schwierig erscheint“.

Meyer kennt, abgesehen von der chronischen Zellerkrankung, im Gegensatz zu anderen Autoren und namentlich Nissl, nur drei Arten der Veränderung. Bei weitem am häufigsten ist Zerfall der Granula in feine Körnchen und allmählicher Schwund derselben, vom Zentrum nach der Peripherie hin fort-

schreitend, gleichzeitig Schwellung und Aufhellung des Leibes und Lageveränderung des Kernes. Die zweite, sehr viel seltenere Form ist vor allem ausgezeichnet durch Granula-freie Randsäume, die dritte entspricht ungefähr Nissl's „wabiger" Zellerkrankung.

Die Frage, ob die beschriebenen Formen der Zellveränderung sich stets bei demselben ätiologischen Moment finden, wird strikte verneint. Von Wichtigkeit für die Beurteilung ist, dass die Meyer'schen Fälle fast alle sehr schnell zum Tode führten und obenein auffallend häufig mit septischen Prozessen kompliziert waren. Desgleichen wird verneint, dass der Grad der Zellveränderung irgendwie der Schwere der klinischen Symptome entspreche.

Dieses anscheinend jeder Gesetzmässigkeit entbehrende Verhalten der Ganglienzellen erklärt Meyer folgendermassen: Der Charakter der Zellveränderung ist bedingt 1. durch die Natur der Zelle und ihren jeweiligen Zustand zur Zeit des Angriffes der Schädlichkeit (innere Ursachen), 2. durch die Art der Schädlichkeit (äussere Ursachen); von den ersteren wissen wir fast gar nichts, von letzteren, wenigstens in der Psychopathologie, sehr wenig. Deshalb ist es „bis jetzt völlig unmöglich, die Ganglienzellenveränderungen zu irgend einer Deutung des betreffenden Falles heranzuziehen. Wir sind auch ausserstande, zu erklären, warum in dem einen Fall jene, in dem anderen diese Form der Veränderung sich entwickelt". Schröder.

---

351) **J. M. S. Wood**: A family tree illustrative of insanity and suicide. (The journal of mental science. Oktober 1901, p. 764.)

Interessanter Beitrag zur Frage der Erblichkeit von geistigen Erkrankungen, Trunksucht und auch Phthise. Die erste Generation zeigt drei Gesunde mit drei gesunden Angeheirateten. Aus diesen drei Ehen gingen fünf Nachkommen hervor, von denen vier gesund waren und einer sich erhängte. Zwei starben unverheiratet; einer heiratete eine nicht belastete Frau, hatte zwei gesunde Kinder und diese wieder mit zwei gesunden Frauen drei und drei Nachkommen, von denen in einer Familie einer geisteskrank, in der anderen eine Idiotin war.

Der vierte gesunde Spross der zweiten Generation heiratete eine erblich Belastete, die in der Ascendenz drei Selbstmorde durch sich-Ertränken aufwies. Aus dieser Ehe gingen fünf Sprossen hervor. Der erste war nervös und mit unsozialen Eigentümlichkeiten behaftet; dieser heiratete eine chronische Alkoholistin; von deren fünf Nachkommen ertränkte sich einer, zwei litten an Melancholia und einer an Mania mit Selbstmordneigung, der fünfte war eigentümlich. Der zweite Spross litt an Melancholia. Der dritte zeugte mit einer gesunden nicht verwandten Frau sechs Kinder, die sämtlich eigentümlich waren. Der vierte Spross zeugte mit einer ebenfalls gesunden Frau acht gesunde Nachkommen. Der fünfte weibliche Spross zeugte mit gesundem Manne vier Kinder, von denen eins sich ertränkte.

Von 65 Köpfen waren sechs geisteskrank — meist sich ähnelnde Krankheitsbilder —, sechs verübten Selbstmord und acht waren mit Eigentümlichkeiten behaftet.

Leider findet sich nichts über eventuelle kriminelle Neigungen und über das Alter der einzelnen Mitglieder. Wie einerseits der sehr ungünstige Einfluss der Ehe eines Eigentümlichen mit einer Gewohnheitssäuferin sich zeigt, so sieht

man andererseits den günstigen Einfluss der Ehe eines erblich schwer belasteten Mannes mit einer gesunden Frau, deren Gesundheit doch entschieden bei den acht gesunden Nachkommen den Ausschlag gegeben haben muss.

Adolf Passow (Meiningen).

352) **Peipers**: Konsanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Descendenz.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 5.)

Das Verbot konsanguiner Ehen entsprang, wie die Berichte über primitive Völkerschaften lehren, ursprünglich sozialen Rücksichten, nach deren Wegfall die Schädlichkeitstheorie nachträglich zur Erklärung herangezogen wurde. Ob diese in den Thatsachen begründet ist, sucht Verf. erst aus der Litteratur, die in grossem Umfange zusammengetragen ist, zu ersehen; doch die Angaben, die bezüglich Taubstummheit, Blindheit, Idiotie, Geisteskrankheit und Unfruchtbarkeit gemacht wurden, widersprechen sich je nach dem Standpunkt der verschiedenen Autoren. Verf. selbst ist der Meinung, dass Konsanguinität allein ohne sonstige schädigende Momente keine Degeneration bedingen kann; er weist auf die Ausführungen Lorenz' (Lehrbuch der Genealogie) hin, die mit Hinweis auf den Ahnenverlust, den jedes Individuum bei Berücksichtigung immer früherer Generationen in stets steigendem Maasse erleidet, also auf die grosse Gemeinsamkeit der Vorahnen, darin gipfeln, dass Fortpflanzung und Entwickelung ohne Inzucht überhaupt nicht möglich sind. Das Problem ist also das, festzustellen, in welchen Grenzen der Inzucht das Optimum für die Fortpflanzung liege? Es ist auf statistischem Wege zu lösen. Nach einer sorgfältigen kritischen Würdigung der offiziellen Statistik, die sich als gänzlich wertlos erweist, teilt Verf. seine eigenen Zusammenstellungen mit, die vorläufig nur als Material Wert haben, da beim Fehlen jeglichen Vergleichsmaterials weder nach der einen, noch nach der andern Seite hin Schlüsse daraus gezogen werden können.

Chotzen.

353) **Marandon de Montyel**: Contribution à l'étude des réactions de la peau chez les aliénés.

(Arch. de Neurol. November 1901, März 1902.)

Bei den Geisteskranken überwiegt die anomale Reaktion und zwar häufiger im Sinne einer Abschwächung; die Steigerung — Dermographie — findet sich in einem Viertel der Fälle (vorwiegend bei Hysterie, Schwachsinn, sekundärer Demenz); sie fehlt ganz bei der senilen Demenz, während Paralyse und Epilepsie und die eigentlichen Psychosen sich in der Mitte halten. Bezüglich weiterer Einzelheiten muss auf die Arbeit verwiesen werden.

Bennecke (Dresden).

354) **Garnier** und **Santenoise**: Une observation d'hémimélie chez un aliéné.

(Arch. de Neurol. Mai 1902.)

Der Unterarm besteht aus einem konisch zugespitzten Stumpf, dem das Rudiment eines Fingers aufsitzt; neben demselben ein, zwei ganz seichte Furchen aufweisender kleiner wulstartiger Vorsprung, dessen drei Segmente als die

ersten Ansätze zu Fingern angesprochen werden. Es handle sich hier nicht um eine Missbildung, sondern um eine intrauterine Verletzung (Amputation z. B. durch Abschnürung); die Fingerrudimente seien demgemäss das Resultat eines regenerativen Vorgangs. Bennecke (Dresden).

---

355) **E. Raimann**-Wien: Ueber Glykosurie und alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken.

(Zeitschr. f. Heilkunde, Bd. XXIII, Heft II, 1902.)

Mit dem Gegenstand dieser Arbeit beschäftigt sich bereits eine sehr umfangreiche Litteratur. Der Verfasser berücksichtigt dieselbe eingehend und stellt den Resultaten früherer Autoren die seinigen gegenüber. In der Methodik der Untersuchung hat er einen neuen Weg eingeschlagen, indem er bei jedem Kranken die Assimilationsgrenze aufsuchte, d. h. empirisch diejenige Menge von Dextrose feststellte, welche aufgenommen werden muss, damit im Harn 0,2 °/₀ Zucker nachweisbar sind. (0,2 °/₀ ist die Grenze der physiologischen Glykosurie.) Verf. fand bei Melancholischen eine abnorm niedrige Assimilationsgrenze, bei Manischen dagegen das umgekehrte Verhalten. Diese Erscheinung, die übrigens schon anderen Autoren aufgefallen ist, sucht er nun durch die Annahme zu erklären, dass der Stoffwechsel bei der Melancholie verlangsamt, bei der Manie beschleunigt sei. — Die Untersuchungsergebnisse bei Fällen von „Amentia" (im Ganzen niedrige Werte für die Ass.-Gr.) erscheinen kaum verwertbar, da die Kranken doch psychisch gar zu verschieden waren. — Bei Paranoikern fand sich keine Alteration des Zuckerstoffwechsels. Bei Paralytikern fanden sich bald hohe, bald niedrige Werte für die Ass.-Gr., bei Remissionen höhere als bei fortschreitendem Krankheitsprozess. Die wenigen Fälle von Idiotie und sekundärer Demenz scheinen mir zu irgendwelchen Schlüssen überhaupt nicht zu berechtigen. — Bei sogenannten „Degenerierten" ist nach dem Verf. die Ass.-Gr. von Haus aus hoch, und da er bei diesen Menschen eine „der Erkrankung von Paralyse entgegengesetzte Disposition" annimmt, so glaubt er, dass diese Disposition in der höheren Assimilations-Grenze ihren Ausdruck findet. — Bei Epileptikern liegt die Ass.-Gr. hoch. — Chronischer Alkoholismus beeinflusst die Ass.-Gr. an sich nicht. Die Depression derselben im Delirium ist eine spezifische Erscheinung des Deliriums selbst.

K. Abraham (Dalldorf).

---

356) **Schäfer**: Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica und einigen anderen Formen des Schwachsinns.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, 1.)

Bei allen Formen des Schwachsinns fand Verf. den Druck der Cerebrospinalflüssigkeit pathologisch vermehrt (über 150 mm). Der Durchschnitt betrug bei Dementia paralytica 204 mm, bei Dement. post apoplexiam 172 mm, bei sekundärer Demenz 200 m, bei Idiotie 220, bei Imbezillität 170 und bei Dementia epileptica 180 mm. Bei Epileptikern war mehrfach in Dämmerzuständen und während der Benommenheit nach Anfällen der Druck geringer als in anfallsfreien Zeiten.

Was die Beschaffenheit anlangt, so zeigte sich der Eiweissgehalt bei Paralytikern vermehrt, was Verf. im Gegensatz zu Nawratzki, der denselben Befund aus der Fieberwirkung erklären wollte, auf die entzündlichen Vorgänge

in den Meningen zurückführt; dafür spricht, dass bei den anderen Schwachsinnsformen, bei denen entzündliche Vorgänge nicht vorhanden sind, obwohl auch Vermehrung des Druckes bestand, der Eiweissgehalt wesentlich geringer war.

Zucker, der normaler Weise bald vorkommen, bald fehlen soll, war fast durchweg ohne Unterschied der Schwachsinnsform nachzuweisen. Chotzen.

---

357) **A. Pick**-Prag: Sur l'Échographie.
(Revue neurologique. Nr. 17, 1900, I.)

Der Autor berichtete auf dem internationalen medizinischen Kongress in Paris über folgende zwei Beobachtungen: Ein 18jähriger, geistig zurückgebliebener, fast imbeziller Bursche vom Lande, der etwas schreiben und lesen konnte, zeigte bei Untersuchung seiner Schrift das von dem Autor als Échographie bezeichnete, bisher nur von Bateman erwähnte Phänomen. Es erheischte viel Zeit, den Patienten zum spontanen Schreiben zu bestimmen und der Inhalt des Geschriebenen bildete nur eine geistige Kopie eines jener Briefe, welche die Kinder in der Schule nach dem Diktat des Lehrers schreiben. Schriftlich vorgelegte Fragen wurden von dem Patienten, obwohl er dieselben verstand, nie beantwortet, sondern regelmässig nur kopiert.

Das gleiche Symptom war bei einem 58jährigen Ziegeleiarbeiter zu konstatieren, bei welchem bei der Operation eines Retro-pharyngealabzesses die Unterbindung der linken Karotis vorgenommen wurde. Dieser Eingriff führte infolge von Atheromatose zur Thrombose des Gefässes mit konsekutiver rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie.

Die erste Beobachtung führt der Autor darauf zurück, dass der imbezille Kranke beim Erlernen des Schreibens nicht über das Stadium des einfachen Kopierens hinauskam. Die zweite Beobachtung betrachtet der Autor als einen Beweis für die Richtigkeit des von Hughling Jackson aufgestellten Gesetzes, dass die Auflösung der Sprache bei den verschiedenen aphasischen Zuständen in umgekehrter Richtung den Weg einhält, welchen das Kind beim Erlernen der Sprache zurücklegt. L. Loewenfeld.

---

358) **Tuttle**: Halluzinations and Illusions.
(Amer. Journ. of Insanity. Vol. 58, Nr. 3.)

Unter Heranziehung eines reichen Beobachtungsmaterials spricht Verf. über die verschiedenen Formen von Halluzinationen und Illusionen. Interessant sind besonders einige Krankengeschichten, wo es den Pat. durch Uebung gelang, willkürlich bestimmte Sinnestäuschungen bei sich hervorzurufen. Wenn Verf. hier eine Art von Autosuggestion annimmt, wird man ihm wohl beistimmen können. — Als wenig bekannt führt Verf. an, dass nach reichlichem Genuss von Hypnoticis Zustände auftreten können, die, abgesehen von dem fehlenden Muskeltremor, durchaus dem Delirium tremens gleichen können. (Bei dem mitgeteilten Fall war auch noch die Dauer der Erkrankung eine längere wie beim Delirium.) Zum Schluss werden die Sinnestäuschungen Gesunder einschliesslich der Kollektiv-Halluzinationen besprochen. — Inbetreff der Theorien über das Zustandekommen von Sinnestäuschungen schliesst sich Verf. den Ansichten von James und Parish an. Kölpin, Greifswald.

---

359) **P. Näcke-Hubertusburg**: Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken. (Fall von „musikalischer Infektion".)

(Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 14.)

Ein Mann, welcher an eine Art periodischer Katatonie (zirkulärem Irresein?) litt, fing Anfang 1899 in belästigender Weise an, eine und dieselbe Melodie oder Akkordfolge mit oder ohne Text vor sich leise oder laut zu summen oder zu singen und täglich stundenlang zu wiederholen. Nach einem halben Jahr fing ein schwerhöriger, sprachloser Schwachsinniger, der mit jenem auf der Abteilung zusammenlebte, an, dieselbe Melodie in derselben oder wenig modifizierter Weise vor sich hinzubrummen, nur dass er ihr keinen Text unterlegte und weniger Variationen zeigte. Er summte die Melodie auch seltener, in längeren Pausen, und nach längerer Zeit gab er die Sache überhaupt auf.

Hoppe.

---

360) **Hyde**: Notes on the Hebrew insane.

(Amer. Journ. of Insarity. Vol. 58. Nr. 3.)

Verf. macht auf das schnelle Anwachsen der Zahl jüdischer Geisteskranker im Staate New-York aufmerksam. Er führt dasselbe auf die vermehrte Einwanderung und die durchaus unhygienischen Verhältnisse zurück, unter denen die Ankömmlinge zu leben gezwungen sind. Vom 13. Dezember 1871 bis 30. November 1900 betrug die Zahl der Aufnahmen im Manhaltan-Hospital 17135 Fälle; davon waren 1722, also 10,05 % Juden; in den letzten fünf Jahren dagegen war der Prozentsatz auf 15,44 % gestiegen. Auffallend gering waren unter den jüdischen Kranken Syphilis und Alkoholismus vertreten; ersterer fand sich in 4,18 %, letzterer in 5,52 %. Paralyse fand sich in 18,05 %. Als häufigster ätiologischer Faktor fanden sich Masturbation und Verlust des Vermögens angegeben. — Diese Verhältnisse gelten nur für männliche Individuen.

Kölpin (Greifswald).

---

361) **Nitsche**: Ueber Gedächtnisstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, 2, 3.)

Bei einem Paralytiker und einem Kranken mit Hirnsyphilis wurden Gedächtnis und Merkfähigkeit in einer Reihe von Einzelbeobachtungen geprüft, bei ersterem auch nach der neuen Methode von Ranschburg. Diese wies den Nachteil auf, dass sie Aufmerksamkeitsstörungen nicht berücksichtigt, für Paralytiker also zu kompliziert ist.

Bei dem Paralytiker war die Aufmerksamkeit stark herabgesetzt, es wurde weniger perzipiert als von Normalen, die Merkfähigkeit war erheblich reduziert, auch die Gedächtniseindrücke aus der Vergangenheit lückenhaft und die Reproduktion sowohl für ältere, als neue Eindrücke erschwert. Die Störungen waren alle ziemlich gleichmässig ausgebildet, dagegen stand in dem Falle mit Hirnsyphilis der Gedächtnisdefekt dem polyneuritischen sehr nahe durch die hochgradigste Herabsetzung der Merkfähigkeit bei wohlerhaltener Erinnerung für Erwerbungen der gesunden Tage; ebenso bestand auch hier allgemeine Stumpfheit und schwere Erregbarkeit der Aufmerksamkeit, so dass trotz richtiger Perzeption die vom Polyneuritiker bekannte mangelhafte Orientierung und Erschwerung der Schlussbildung resultierte.

Chotzen.

---

362) **Pearce**: Association of hysteria with insanity.
(Journ. of Nerv. and Ment. Diseaces 1902, Nr. 3.)

Verf. will ein „hysterisches Irresein" von einem „Irresein plus Hysterie" unterschieden wissen. Beim ersteren trägt die ganze Psychose den proteusartigen Charakter der Hysterie als solcher; differential-diagnostisch kommt besonders die Hebephrenie, „das paranoische Jugendirresein", in Betracht; bei diesem wird man jedoch meist physische Zeichen der Entartung und mehr minder weitgehende Demenz konstatieren können. — Bei dem „Irresein plus Hysterie" pflegt die Hysterie sich in drei verschiedenen Formen zu zeigen: 1. als rein emotives Moment, 2. als motorische oder sensorische Lähmung, 3. als Störung von seiten des Herzens, des Magens etc. Am häufigsten ist eine Kombination von der ersten Form mit einer manischen Erkrankung, und hier kann die Unterscheidung von einer reinen subakuten Manie oft unmöglich werden.

Kölpin, Greifswald.

---

363) **Truelle** und **Petit**: Sur un cas d'amnésie continue, consécutif à une tentative de suicide par l'oxyd de carbone.
(Arch. de Neurol., August 1901.)

Der Kranke, ein 54jähriger Mann, bot nach einem Selbstmordversuch mit Kohlenoxydgas die Zeichen einer retrograden Amnesie, die sich zunächst auf fast zwei Monate auszudehnen schien; allmählich aber kehrte die Erinnerung an einzelnes zurück, blieb aber vollständig aufgehoben für das Tentamen suicidii und die ihm unmittelbar vorausgegangenen Ereignisse. Ausserdem bestand eine anterograde, bis jetzt anhaltende Amnesie in der Form, wie sie Janet als Amnesia continua bei Hysterischen beschrieben hat; hierbei kann die Niederlegung und Reproduktion von Erinnerungsbildern bis zu einem geringen Grade erhalten sein, es fehlt aber „die persönliche Perzeption", das bewusste Erinnern. Irgend ein anderes psychisches Symptom kam nicht zur Beobachtung, namentlich kein auf Hysterie hindeutendes. Deshalb, auch weil eine allmähliche, zwar sehr geringe Besserung sich zeigte, schliessen die Verff. die Hysterie aus und machen nur die Intoxikation verantwortlich, die Frage nach dem Mechanismus dieser isolierten, nur das Gedächtnis treffenden Wirkung des Giftes offen lassend.

Bennecke (Dresden).

---

364) **Duchateau**: Syndrome catatonique au cours de la folie hystérique.
(Journ. de neurol. 1901. Bd. 6, Nr. 661.)

Die 26jähr. Arbeiterin in einer Fabrik für schwedische Zündhölzchen, in deren Familie nichts Belastendes zu eruieren ist, fand Aufnahme wegen Wahnideen, die ein Gemisch von solchen erotischer und mystischer Natur bildeten. Es wurde an ihr Hautanästhesie en plaques und Pharynxanästhesie gefunden und daher die Diagnose auf hysterisches Irresein gestellt. Der gleiche Zustand hielt mehrere Monate an, nur dass die Wahnideen etwas verblassten. Hieran schloss sich dann eine Remission, während der die Kranke sich regelmässig wieder beschäftigte, auf Fragen gebührend antwortete und keine Wahnideen mehr erkennen liess. Indessen blieb sie immer noch wenig mitteilsam, suchte die Einsamkeit auf und nahm eine eigenartige Haltung an, indem sie mit gesenktem Kopf und über der Brust gekreuzten Armen einherging. Wie lange diese Remission anhielt, ist nicht gesagt, anscheinend einige Jahre (1898 aufgenommen).

Seit einem Jahre nun hat sich der Zustand vollständig geändert und es bestehen nunmehr: Stereotype Haltung (zusammengepresste Lippen, halb oder ganz geschlossene Augen, gegen die Brust gebeugtes Kinn, die Arme stark extendiert über dem Bauch gekreuzt), Flexibilitas cerea, negativisches Verhalten, Mutacismus, ferner sehr ausgesprochene Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Geruchs. Gleichzeitig war auch sehr ausgebreitete Hautanästhesie und tiefe Analgesie vorhanden. Hautreflexe wenig ausgeprägt, Sehnenreflexe an den Ober- und Unterextremitäten lebhaft, bezw. erhöht, kein Babinski. Sehr weite, normal reagiererende gleichmässige Pupillen.

Die Katatonie stellt also hier, wie Verf. annimmt, nur ein Syndrom dar, das sich auf der Basis tiefgehender geistiger Degenereszenz, als Folge der Hysterie, entwickelt hat. Buschan.

---

365) **A. Pick**: Ueber eine neuartige Form der Paramnesie.
(Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol., Bd. XX, H. 1.)

An der Hand einer sehr interessanten und instruktiven Krankengeschichte wird das Wesen dieser eigenartigen Störung entwickelt, welche darin besteht, dass eine kontinuierliche Reihe von Erlebnissen nachträglich in der Erinnerung des Kranken in ein Mehrfaches zerfällt, dessen einzelne Teile als eine Wiederholung des ersten derselben imponieren. So z. B. zerfällt dem Kranken das Kontinuum des Aufenthaltes in der Klinik in eine Zweiheit, er will hintereinander in zwei räumlich von einander getrennten Anstalten gewesen sein und er sieht den ersten Teil seines Aufenthaltes in der Klinik als einen besonderen von den übrigen getrennten Teil an. Das Wesen dieser Störung liegt darin, dass die einzelnen Vorstellungsgruppen keine genügenden Verbindungen mit einander eingehen und eine Störung der „Fusion" (James) eintritt. Die Erinnerungsbilder können kein Kontinuum konstituieren, sondern sie zerfallen in Mehrfaches oder Vielfaches von Erinnerungen. Behr.

---

366) **Hess**: Ueber Conrad Ferdinand Meyer.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., LVIII, 6.)

Aus der Meyer-Biographie von Frey (Cotta 1900), einem Freunde des Dichters, werden die Elemente zusammengetragen, welche dessen späte Entwickelung — erst Mitte der dreissiger Jahre erlangte er neben voller körperlicher Reife seine geistige Arbeits- und Produktionsfähigkeit —, als durch psychische Erkrankung mitbedingt erkennen lassen. Hereditär schwer belastet, erschien der Dichter von Kindheit an minderwertig, mit einer Reihe z. T. schwerer psychopathischer Erscheinungen, menschenscheu, lebensüberdrüssig, unfähig zu regelmässiger Thätigkeit, auf den verschiedensten Gebieten, auf denen er sich versuchte, ohne besondere Leistungen. In der Mitte des vierten Jahrzehnts aber wurde seine bis dahin schwächliche Konstitution kräftig, er reifte zum Manne und nun brach auch sein Genie hervor. Die Erkrankung wird als konstitutionelle Verstimmung erklärt; eine erneute Krankheit in der Mitte seiner 60er Jahre, die auch wieder zur Heilung kam, als Rückbildungsmelancholie.
Chotzen.

---

367) **Würth**: Ueber die Bettbehandlung bei chronischen Psychosen.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, 1.)

Verf. teilt die für Kenner der Bettbehandlung nicht weiter überraschenden

Erfolge mit, die er mit dieser Methode bei unruhigen chronischen Kranken erzielte und die sich in Verminderung der Gewaltthätigkeiten, Isolierungen, sonstiger mechanischer Beschränkungen und des Verbrauchs an Narkotika ausprägten. Er empfiehlt die Bettbehandlung mit entsprechender Verteilung sozialer und besonders störender Elemente, für welche letzteren er auch die Isolierung, mit gutem Recht, nicht völlig verwirft. Chotzen.

---

368) **v. Brero:** Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, 1.)

Praktische Ratschläge für Bau und Einrichtung von Irrenanstalten, wie sie die besonderen Verhältnisse der Tropen verlangen, insbesondere für die Lage der Anstalt und die Anlage der Wachabteilungen. Von Wichtigkeit nur für Interessenten. Chotzen.

---

369) **Knud Pontoppidan:** Betrachtungen über unser Irrenwesen. (Betrachtunger over vort Sindssygenaesen.)

(Bibliothek for Laeger 1901, S. 479—536.)

370) **Fr. Lange:** Unsere Irrenanstalten. (Vore Sindssygeanstalter.)

(Ugeskrift for Laeger 1901, S. 1057—1081.)

Eine Erörterung über die jetzige Regelung des dänischen Irrenwesens. Pontoppidan wünscht, dass ärztliche Thätigkeit und Anstaltsverwaltung getrennt werden, während Lange sagt, es sei ein grosser Vorzug, wenn der Chefarzt gleichzeitig der Verwaltungsdirektor sei. Pontoppidan spricht sich dafür aus, man soll die alten blöden Kranken aus den grossen und kostspieligen Irrenanstalten nach den Armenhäusern überführen, während Lange — in Anlehnung an die Worte eines verstorbenen Politikers — die Meinung vertritt, dass, wenn ein Geisteskranker ein Bad in Eau de Cologne nötig haben würde, der Staat auch dies bezahlen müsse. Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

371) **C. Colucci**-Napoli: Necessita di istituire scuole per l'educazione dei deficienti in conformità delle moderne esigenze. Relaz. al II° Congr. pedagog. nazion.

(Atti prelim. del II° Congr. pedag. 1901.)

Verlangt Neuerungen im Unterricht für Schwachbegabte nach dem Muster anderer Länder. In Deutschland sind die Vorschläge C.'s bereits durchgeführt.

K. Abraham (Dalldorf).

---

372) **Meltzer:** Dormiol, kritische Sammelarbeit.

(Psychiatr. Wochenschrift Nr. 50, 1902.)

Meltzer bringt einen Bericht über Dormiol. Dieses Hypnotikum beeinflusst Herz und Temperatur weniger als seine Komponenten Chloral- und Amylenhydrat. Es reizt in Verdünnung per clysma den Mastdarm nicht, dagegen unverdünnt als Stuhlzäpfchen gereicht; zur subkutanen Injektion ist es nicht geeignet. Der Appetit wird durch Dormiol nicht beeinflusst, eher angeregt, bei hohen Gaben wird die Darmperistaltik befördert, die Nierenthätigkeit wird nicht beeinflusst, Nebenwirkungen kommen so gut wie nicht vor.

Eine sedative Wirkung des Dormiols ist zweifelhaft. Der hypnotische Effekt ist in etwa 75 % der Fälle bei Geisteskranken gut, vorzugsweise bei Erregungen leichteren und mittleren Grades, am besten bei funktionellen Neurosen. Die Wirkung tritt bei mittleren Gaben von 1—3 g nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde ein, der Schlaf dauert meist fünf bis acht Stunden. Angewöhnung tritt erst nach Monaten ohne jede Nebenwirkung auf. Ausser allen diesen Vorzügen vor den übrigen Schlafmitteln besitzt Dormiol auch noch den der grössten Billigkeit. Krauss (Kennenburg).

373) **Bleuler:** Zur Abschaffung der Einzelzimmer.
(Psychiatr. Wochenschrift Nr. 49, 1902.)

Bleuler fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen: Bei den Geisteskranken giebt es wie bei Gesunden Leute, die sich nachts am wohlsten allein befinden und denen dies nichts schadet; es sind sogar welche darunter, denen die Isolierung in therapeutischer Hinsicht nützlich ist. Chronische Fälle sollen im Prinzip arbeiten.

Im Prinzip sollen die Einzelzimmer am Tage leer sein. Sie sind Schlafzimmer. Ein solches System kommt den Verhältnissen der Gesunden am nächsten.

Bleuler bespricht noch die speziellen Verhältnisse, die für den Bau in Neu-Rheinau massgebend sind und waren. Krauss (Kennenburg).

374) **Osswald:** Die Tuberkulose in den Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der grossherzoglich hessischen und ihre Bekämpfung.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, 4.)

Nach Angabe der verschiedensten Autoren starben früher etwa fünfmal, jetzt noch 3—3,8 mal so viel Anstaltsinsassen an Tuberkulose als gleichaltrige Geistesgesunde. Für die hessischen Anstalten werden die Zahlen aus den letzten 24 Jahren berechnet mit Berücksichtigung der Sektionsprotokolle. Für je sechs Jahre zusammengestellt, schwanken die Zahlen sehr stark und sind besonders nach dem Charakter der einzelnen Anstalten durchaus verschieden, in Giessen als nur Durchgangsstation gering, in Hofheim als reiner Pflegeanstalt sehr hoch; Heppenheim steht in der Mitte. Für alle drei zusammen betrug die Gesamtsterblichkeit 13,34 pro Mille, die an Tuberkulose 14,82 pro Mille der Verpflegten und 23,95 % der Gestorbenen. Frauen starben entgegen dem Verhalten der Gesamtsterblichkeit etwas mehr an Tuberkulose als Männer: 14,60 pro Mille der verpflegten und 21,40 % der gestorbenen Männer, gegen 15,04 pro Mille und 25,25 % der Frauen. Das stimmt auch mit Angaben anderer, so Heimann's über Preussen, überein, nur sind die Zahlen alle für Hessen etwas grösser als für Preussen (12,40 pro Mille der Verpflegten und 16,6 % der Gestorbenen). Ein Drittel der an Tuberkulose Verstorbenen starb in den ersten drei Jahren, zwei Drittel nach drei- bis zwölfjährigem Anstaltsaufenthalt; hier fand also die Infektion in der Anstalt statt. Die dementen Kranken sind besonders stark beteiligt, 92,60 % gegen 7,34 % bei nicht Dementen. Auf Idiotie und Dementia präcox zusammen entfallen schon 74 %. In der Zeit, für welche dem Verf. die Zahlen der Tuberkulosesterblichkeit der Gesamtbevölkerung zugänglich waren, war diese in den Irrenanstalten 3,95 mal grösser.

Die Ursache für diese hohe Mortalität wird einmal in der durch die

Psychose gesetzten Disposition für Infektionskrankheiten gefunden, in höherem Maasse aber in der grösseren Ansteckungsgefahr infolge allgemeiner Ausbreitung der Infektionskeime durch unreine und unruhige Kranke und der Erleichterung der Infektion durch die unsauberen Gewohnheiten der Dementen. Zur Verhütung der Ausbreitung empfiehlt nun Verf., die Tuberkulosefälle, besonders die latenten, möglichst früh ausfindig zu machen, wenn nötig mit Hilfe des Tuberkulins, und in besonderen Pavillons unterzubringen, deren Plätze etwa zu 6—7 % des Bestandes zu berechen und die mit geeigneten Räumen für alle Arten von Kranken zu errichten sind. Sie sollen eigenen Arzt und besonders geschultes Pflegepersonal erhalten und mit allen Mitteln der modernen Tuberkulosebehandlung ausgerüstet sein, um frische Fälle zu heilen und die Ausbreitung der Krankheit durch vollkommene Isolierung der Kranken und peinliche Sauberkeit und Desinfektion zu verhüten. Die dazu nötigen Einrichtungen werden ausführlich besprochen. Chotzen.

---

375) **Nawratzki**: Ueber Ziele und Erfolge der Familienpflege Geisteskranker.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX. 4.)

Nach einer allgemeinen Erörterung der Ziele und der Vorteile der Familienpflege, welche nach Verf. in dem gebotenen Pflegegeld, der Rückkehr in die Familie und der sachgemässen Aufsicht liegen, giebt N. eine Uebersicht über die Erfolge, welche die Dalldorfer Anstalt mit dieser Behandlungsart in Berlin erzielte. Die Einrichtung dort ist die, dass den sich meldenden Pflegern nach genauer Erkundigung ihres Leumundes, ihrer Wohnungsverhältnisse und nachdem sich der Pfleglingsarzt über die Beschaffenheit der Stelle orientiert hat, ein Kranker gegen einen Vertrag übergeben wird, der von seiten der Anstalt jederzeit, von seiten der Pfleger gegen vorherige Kündigung gelöst werden kann. Die Kranken bleiben unter Aufsicht des Pfleglingsarztes, bis sie entweder sich selbst überlassen oder der Armenfürsorge übergeben werden können, wenn sie nicht vorher in die Anstalt zurückverlegt werden mussten, oder starben.

Die ersten beiden Entlassungsarten betrafen 15,03 % und 34,54 % der männlichen, 17,60 % und 32,88 % der weiblichen Pfleglinge. Zurückverlegt wurden 36,62 % der Männer, 35,4 % der Frauen. Die jährliche Anzahl der in Pflege Gegebenen schwankte in den Berichtsjahren 1893—97 zwischen 131—204 Männern und 83—117 Frauen. Annähernd ebensoviel schieden aus. Unter den Krankheitsformen, die sämtlich vertreten sind, überwiegen chron. Alkoholismus, Paralyse, Hysteroepilepsie und primärer und sekundärer Schwachsinn, bei Frauen waren auch die einfachen Seelenstörungen stark vertreten. Von den im Ganzen 822 Männern wurden 90, von 517 Frauen 66 wiederholt in Pflege gegeben. Die Stellen wurden bei ersteren selten, bei letzteren 61 mal gewechselt. 16 Männer und 19 Frauen haben sich heimlich entfernt, in der Mehrzahl Alkoholisten. Drei Frauen wurden geschwängert, zwei verübten Selbstmord. Die Pflegedauer schwankte zwischen einem Monat — hier erfolgte meist Rückkehr — und mehr als vier Jahren, im Durchschnitt betrug sie $^1/_4$—1 Jahr. Das Verhältnis der Entlassenen zu den Zurückgekehrten war in den verschiedenen Krankheitsformen verschieden, am besten bei den senil Dementen, am schlechtesten bei den Alkoholisten.

In der betrachteten Zeit ist ein Fortschritt nicht zu bemerken, auch bleiben die Prozentsätze der in Familie Verpflegten, 20 % der Entlassenen, 13 % der Behandelten, hinter den Erfolgen anderer zurück. Die Ursachen dafür liegen nicht in der Grossstadt als solcher, sondern in inneren Schwierigkeiten, in der Kompliziertheit der Verwaltung und der Belastung dieser und des Arztes, der die Familienpflege nur im Nebenamt verwaltet, also nur eine beschränkte Anzahl von Pfleglingen überwachen kann und immer neue an die Armenfürsorge abgeben muss, was zu Unzuträglichkeiten und auch zu vermeidbaren Rückverlegungen führt; auch ist der Arzt in der Anstalt zu weit entfernt, um sonstige unnötige Rückverlegungen verhüten zu können. Verf. schlägt daher folgende auf die Grossstadt zugeschnittene Abänderungen vor: die Familienpflege ganz von der Anstalt zu trennen, sie der Armendirektion anzugliedern und einem eigenen sachverständigen Arzt zu unterstellen, der die Kranken bis zur endgültigen Entlassung überwachen kann. Chotzen.

---

376) **Ludwig:** Die hessischen Provinzialirrenanstalten und die Geisteskranken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LVIII, 1.)

L. begründet die Beschlüsse der hessischen Provinzialtage, die Siechenanstalten nicht mit Geisteskranken zu belegen, sondern eigene Pflegeanstalten zu errichten, und polemisiert gegen die Praxis, die Armenhäuser zu Irrenpflegeanstalten zweiter Klasse zu machen. Sie entspringe einem Bestreben nach rücksichtsloser Verbilligung der Irrenpflege, das dahin führen werde, auch die öffentlichen Irrenanstalten zu Armenhäusern umzugestalten, womit ja der Anfang mancherorts schon gemacht ist in der Errichtung von Anstalten ausschliesslich für Kranke der letzten Verpflegungsklasse.

Was Ludwig gegen das Prinzip sagt, die Irrenanstalten aus dem Gesichtspunkt der Armenpflege zu verwalten, sind vortreffliche Worte, die hoffentlich aus dem Munde dieses Mannes gewichtig genug sein werden, um an die Stellen zu dringen, wo sie gehört werden müssen. Es wäre wenigstens auch anderen Gemeinwesen zu wünschen, dass sie von einem solchen Berater profitieren, wie das vorbildliche Hessen ihn hat. Chotzen.

---

377) **D'Ormea:** L'Edonale come ipnotico negli alienati.

(Bolletino del Manicomio Provinciale di Ferrara 1901, Fasc. I., II.)

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen über die Wirkung des Hedonals bei Geisteskranken zu folgenden Ergebnissen: Gaben von 1 g bedingen leichte Schwankungen der Temperatur, und zwar meist ein Sinken; bei grösseren Dosen tritt dies noch deutlicher hervor; so konnte in einem Fall nach Gebrauch von 3 g ein Sinken der Temperatur um 0,8° konstatiert werden. Der Puls bleibt auch nach grösseren Dosen stets äqual und rhythmisch. Die Frequenz fällt meist sehr bald, mitunter aber auch erst in der zweiten Stunde oder nach einer geringen Vermehrung um zwei bis zehn Schläge in der Minute. Eine progressive Vermehrung der Frequenz bis zum Maximum von zehn Schlägen konnte Verf. nur in zwei Fällen konstatieren.

Die Atmung wird nicht irgendwie nennenswert beeinflusst.

Was nun die Wirkung des Hedonals als Hypnotikum anbelangt, so hat Verf. bereits mit Gaben von 1 g bei gewöhnlicher Insomnie und bei leichteren Erregungszuständen gute Erfolge gesehen. Schwerere Formen von Insomnie mit starker motorischer Erregung benötigten 2—3 g. Verabreicht wurde das Hedonal in Oblaten oder mit etwas Alkohol. Bei der letzteren Form der Darreichung war die Wirkung etwas prompter und nachhaltiger, welchen Umstand Verf. auf die erleichterten Resorptionsbedingungen, nicht auf die geringen Mengen Alkohol zurückführen will. Die Zeit bis zum Eintritt des Schlafes betrug durchschnittlich 20—30 Minuten, die Dauer $4^1/_4$—5 Stunden. In keinem Fall sah Verf. irgend welche üblen Nachwirkungen, wie Kopfweh, nausea etc. Er glaubt deshalb, dass das Hedonal als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes anzusehen ist. Der einzige Uebelstand ist der, dass sich der Organismus sehr schnell an das Hedonal gewöhnt, so dass es nur in Abwechselung mit anderen Hypnoticis verabreicht werden kann.

Kölpin (Greifswald).

V. Vermischtes.

P. J. Möbius gibt **„Beiträge zur Lehre von den Geschlechts-Unterschieden“** heraus, die in einzelnen, in sich abgeschlossenen Heften im Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. erscheinen. Das erste Heft: „Geschlecht und Krankheit“ gibt statistische Mitteilungen über den Anteil der Geschlechter an den Krankheiten. Fast nur beim Manne kommt vor: die frühzeitige Kahlheit; dem Weibe allein sind eigen: Chlorose und Osteomalacie. Aus Ursachen, die von den Lebensumständen unabhängig sind, treten beim Manne häufiger auf: Hämophilie, primärer Muskelschwund, vielleicht auch Diabetes insipidus und mellitus, ferner angeborene Herzfehler, Leukämie, Heufieber, vielleicht auch Hirntumoren. Vorwiegend „weibliche Krankheiten“ sind: Veitstanz, umschriebener Gesichtsschwund, Torticollis spasticus, Struma, Myxödem, Basedow'sche Krankheit, Schilddrüsentetanie, Sklerodermie, chronischer Gelenkrheumatismus, Hysterie, manisch-depressives Irresein, Migräne, Erythema nodosum, Lupus erythematosus, Pigmentanomalien der Haut, alkoholische Neuritis. Aus den Lebensumständen erklären sich die Unterschiede bei folgenden Krankheiten: Vorwiegend bei Weibern kommen vor: Gallensteine, akute gelbe Leberatrophie, Wanderniere, Gastroptosis, Trachom; bei Männern sind häufiger: akute Infektionskrankheiten (Febris recurrens, Typhus, Tetanus u. s. w.), Schreibkrampf, Tetanie, Ischias, Nervenschwäche, manche Hauterkrankungen, viele Gewerbekrankheiten und namentlich der Alkoholismus und die venerischen Krankheiten; demgemäss sind bei Männern viel häufiger: Delirium tremens, Gastritis chronica, Lebercirrhose, chronische Nierenkrankheiten, Arteriosklerose und ihre Folgen, ferner Morfinismus, Tripper, Syphilis, Tabes und Paralyse.

Möbius sieht im Alkoholmissbrauch und in der Syphilis die Ursachen, weshalb die Männer früher sterben, als die Weiber; es liegt aber nach seiner Ansicht kein Grund vor, „an eine dem weiblichen Geschlechte eigene Langlebigkeit oder Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten zu glauben“. Gaupp.

Fünfundzwanzig Jahre.

Mit dem vorliegenden Hefte beendet das **Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie** den 25. Jahrgang. Als Albrecht Erlenmeyer vor einem Vierteljahrhundert es unternahm, in einem allmonatlich erscheinenden Centralblatte über die wichtigsten Arbeiten auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie Bericht zu erstatten, da war die litterarische Produktion in diesen Fachwissenschaften noch weit geringer als heute. Erlenmeyer hat im Verein mit einer stattlichen Anzahl von Mitarbeitern es vermocht, den Gang der wissenschaftlichen und praktischen Entwickelung der Nerven- und Irrenheilkunde zur Anschauung der Leser der Zeitschrift zu bringen und dabei den Leistungen des Auslandes volle Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Er war 12 Jahre lang der Leiter der Zeitschrift, deren weiteres Bestehen bedroht schien, als Erlenmeyer Ende 1889 die Redaktion niederlegte, ohne bereits einen Nachfolger gewonnen zu haben. Allein schon im April 1890 konnte sie, wenn auch in etwas veränderter Form — als internationale Monatsschrift — von Neuem erscheinen, nachdem Hans Kurella sich zur Uebernahme der Schriftleitung bereit erklärt hatte. Ihm ist vor allem der internationale Charakter der Zeitschrift zu danken; er ist es auch gewesen, der durch eigene Arbeiten und durch seine enge Fühlung mit den Hauptvertretern der Degenerations-Anthropologie das Centralblatt zu einem Verkünder dieser damals noch ziemlich jungen Wissenschaft machte. Von 1892 bis 1895 war Robert Sommer der Redakteur des Blattes, der im Jahre 1895 die Schriftleitung wieder an Kurella zurückgab. Im April 1900 trat ich in die Redaktion ein, um sie am 1. Januar 1902 allein zu übernehmen. Von Januar 1899 bis Dezember 1901 bildete die Zeitschrift für Elektrotherapie und ärztliche Elektrotechnik ein Beiheft des Centralblatts; seit Januar 1902 erscheint jene unter einem etwas veränderten Titel als selbständige, von Kurella herausgegebene Zeitschrift, die jedoch von den Abonnenten des Centralblatts zu sehr ermässigtem Preise bezogen werden kann. Beide Zeitschriften erscheinen seit 1. Januar 1902 im Verlag von Vogel & Kreienbrink in Berlin. Unsere Leser wissen, dass dieser Verlagswechsel den Zeitschriften eine im Vergleich zu früher viel bessere äussere Ausstattung gebracht hat.

Die Zahl der neurologisch-psychiatrischen Zeitschriften ist seit 1878 in raschem Tempo gewachsen und wird vermutlich auch weiterhin noch zunehmen, sei es, dass ein geschäftskundiges Verlegertum glaubt, einem „dringenden Bedürfnis“ abhelfen zu müssen, sei es, dass wissenschaftliche Richtungen in eigenen Organen zum Ausdruck kommen wollen. Niemand

wird behaupten wollen, dass diese Zunahme der Zeitschriften eine erfreuliche Erscheinung sei. Die Vielschreiberei unserer Zeit ist vielmehr ein wissenschaftliches Unglück, denn es geht auch hier, wie so oft, die Quantität auf Kosten der Qualität. Es ist heute selbst den fleissigsten Gelehrten nicht mehr möglich, sich einen Ueberblick über die wissenschaftliche Produktion in seinem Fache zu verschaffen. Dabei ist auch die Berichterstattung über die Litteratur der einzelnen Fächer zu immer grösserem Umfang angewachsen. Centralblätter, Jahresberichte, die Referatabteilungen der Wochenschriften wachsen von Jahr zu Jahr, ohne dass jemals auch nur annähernd die gewünschte Vollständigkeit erreicht wird.

Ich habe die Stellung, welche das Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie dieser modernen Massenproduktion gegenüber einnimmt, im Januarheft dieses Jahrgangs in der „Einführung“ (S. 1) dargelegt und habe nichts Wesentliches hinzuzufügen. Ich weiss sehr wohl, dass die dort skizzierten Anschauungen und Ziele nicht überall Beifall finden, weiss auch, dass es mir bisher noch nicht gelang, meine Absichten in befriedigender Weise zu realisieren. Es ist mir nicht unbekannt, dass man es mancherorts für unangebracht hält, wenn ein „Centralblatt“ kritische Auslese trifft, statt sich rein referierend zu verhalten. Trotzdem halte ich es angesichts der Hochflut von litterarischen Produkten, die uns jährlich überschwemmt, für notwendig, dass dem Leserkreis nicht wahllos und gleichförmig über Gutes und Minderwertiges berichtet wird. Wer sich in Einzelfragen über die ganze bezügliche Litteratur eines Jahres unterrichten will, wird in dem von Mendel herausgegebenen „Jahresbericht“ manchmal, wenn auch keineswegs immer, genügende Auskunft finden. Das „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“ macht es sich dagegen zur Aufgabe, die Neurologen und Psychiater mit den wichtigsten Erscheinungen der Litteratur bekannt zu machen und zu den darin erörterten Lehren, wenn thunlich, selbst Stellung zu nehmen. Möge ihm bei seiner Aufgabe auch fernerhin die Teilnahme seiner Leser erhalten bleiben! Und möge es sich auch in Zukunft treuer Mitarbeiter im In- und Ausland erfreuen dürfen! Gaupp.



Druck der Anhaltischen Buchdruckerei Gutenberg, e. G. m. b. H., in Dessau.

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Namenverzeichnis.

Mitarbeiter.

(Die römischen Zahlen bedeuten die Nummern eines bibliographischen, die fetten arabischen die Seiten eines Originalbeitrages, die einfachen arabischen eine Referatnummer.)

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)